



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

VERONICA MARIA CECILIA CANCINOS

**POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL EM PERSPECTIVA
INTERSETORIAL E INTERDISCIPLINAR NA AMÉRICA DO SUL:
ESTUDO COMPARADO DE ARGENTINA E BRASIL, NO PERÍODO
2010-2019**

Feira de Santana

2021

VERONICA MARIA CECILIA CANCINOS

**POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL EM PERSPECTIVA
INTERSETORIAL E INTERDISCIPLINAR NA AMÉRICA DO SUL:
ESTUDO COMPARADO DE ARGENTINA E BRASIL, NO PERÍODO
2010-2019**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Avaliação de Sistemas, Serviços e Programas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Thereza Christina Bahia Coelho.

Feira de Santana

2021

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Cancinos, Verônica Maria Cecília
C222p Políticas de saúde mental em perspectiva intersetorial e
interdisciplinar na América do sul: estudo comparado de Argentina e
Brasil, no período 2010-2019/ Verônica Maria Cecília Cancinos. – 2021.
145f. : il.

Orientadora: Thereza Christina Bahia Coelho

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Saúde mental. 3. Modelos de
atenção à saúde. 4. Atenção primária à saúde. 5. Intersetorialidade.
6. Interdisciplinaridade. 7. Direitos humanos. 8. Argentina e Brasil.
I. Coelho, Thereza Christina Bahia, orient. II. Universidade Estadual
de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 616.89

Aos meus pais, Cati e Lito, aos meus irmãos, Lolo e Die.

À todas as pessoas com algum sofrimento psíquico.

Aqueles que trabalham na defesa dos direitos das populações vulneráveis

e na luta pelas reivindicações.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao universo perfeito pela oportunidade de viver experiências de crescimento pessoal e profissional.

Aos meus pais, Lito e Cati, agradeço pelo respaldo necessário na caminhada, e pelo cuidado e carinho ubíquos.

Aos meus irmãos, Lolo e Die, agradeço pelo suporte e por serem sempre minha inspiração.

Agradeço a Mauricio que com seu amor me fez ver a vida através de outros olhos.

À minha orientadora Profa. Dra. Thereza Christina Bahia Coelho, exemplo de superação de desafios. Agradeço pelo apoio e paciência, pelas orientações e por sempre provocar em mim perguntas e questionamentos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UEFS que forneceu a oportunidade de me inserir em um mundo desconhecido, mas profundamente alinhado com meus interesses. À Goreth e Jorge, pela cordialidade e a destreza fundamental para resolver os assuntos de todo tipo.

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Lima da Silva, exemplo de profissionalidade, pela imensa qualidade humana e pelo apoio nos momentos mais difíceis.

Meus agradecimentos à banca de qualificação, formada pela Profa. Dra. Dalva de Andrade Monteiro e Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko-Campos, por aceitarem prontamente o convite de participação e pelas valiosas contribuições para o desenvolvimento do projeto de dissertação.

Agradeço à banca de defesa, composta pelo Prof. Dr. Alberto Velzi Diaz e novamente a Prof. Dra. Dalva de Andrade Monteiro, por dedicarem o seu precioso tempo para avaliar a dissertação.

Ao “Programa de Alianzas para la Educación y la Capacitación” (PAEC) da Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Grupo Coimbra de Universidades Brasileiras (GCUB), com apoio de Temas Educativos do Ministério das Relações Exteriores do Brasil e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS) por me honrarem com a seleção dentre centenas de candidatos das Américas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa para meus estudos de pós-graduação no Brasil, conforme a Portaria N° 206 de 2018 do Ministério de Educação.

Agradeço ao Núcleo de Pesquisa de Saúde Coletiva pelo trabalho coletivo, e por ter me ajudado a definir minhas prioridades acadêmicas nos diferentes momentos desse período pandêmico.

Às colegas do mestrado da turma 2019, pelo acolhimento cheio de carinho e cordialidade de sempre. Especialmente agradeço à Andrea, que sempre esteve por perto.

À Gabi e Kathy, pelos maravilhosos momentos compartilhados desde a largada inicial, com as emoções da aventura e o desafio da experiência estrangeira.

À Thialla, querida amiga, que acompanhou meu caminho de inúmeras maneiras, sempre com muito carinho. Minha admiração profunda pelas suas lutas e a sua força.

À Lu, amiga da vida, que com sua paz e equilíbrio sempre consegue me questionar e é fonte de motivação permanente.

À Ale, que está sempre no meu coração, que sempre me devolve o frescor da vida com seu espírito crítico e sua imensa empatia. E que com seu olhar cheio de carinho e de reconhecimento, me transmite as forças necessárias nos momentos mais difíceis.

À Mariel e Alina, que acreditaram em projetos ambiciosos com o mais profundo carinho e sensibilidade. Agradeço por me aproximar de Felipe e Galo, fundamentais nessa caminhada.

À Domitzel que, com sua essência tão humana, me relembra das coisas importantes da vida.

À Fran e Loy, que souberam ouvir necessidades e me acompanharam desde o início das mudanças.

Às muitas mulheres que acompanharam o trajeto de diversas maneiras e com as quais aprendo constantemente, que resistem, que insistem e que mantêm as lutas coletivas de diferentes lugares e formas.

Agradeço a todos e todas que me motivaram e me apoiaram nas diferentes etapas desse projeto, que foi e sempre será mais do que um mestrado, que recolocou minha vida de uma maneira impensada e ainda pouco compreendida.

RESUMO

Estudos mostram que as perspectivas intersetorial e interdisciplinar das políticas de saúde mental constituem os temas mais comentados, e ainda os mais resistidos do campo da saúde mental. Existem três eixos nos novos paradigmas de saúde mental: intersetorialidade, interdisciplinaridade e atenção primária de saúde; que geram o desafio de construir estratégias de intervenção complexas. Nesse estudo se analisa o caráter intersetorial e interdisciplinar das políticas de saúde mental da Argentina e Brasil no período de 2010 a 2019, e os recentes fatores políticos e sociais que influem na dinâmica do setor das políticas sociais, da saúde pública e, particularmente, no campo da saúde mental. Esta pesquisa apresenta abordagem qualitativa e utiliza como método o estudo de casos múltiplos. Trata-se de uma pesquisa comparada das políticas de saúde de Argentina e Brasil, ao longo do período de 2010 a 2019, e utilizou-se a análise documental para a coleta e análise de dados. A análise de conteúdo foi utilizada para alcançar os objetivos. Destaca-se a utilização do software QSR NVivo Versão 10 nas etapas de pré-análise de dados, exploração do material, tratamento e interpretação dos dados. Descrevem-se as características destas políticas, similaridades e diferenças, e comparam-se os modelos de atenção de saúde mental propostos, e as transformações na formulação de políticas e na abordagem das problemáticas relacionadas com o sofrimento mental e com o uso de drogas que constituem uma tendência contra reformista. Os resultados foram interpretados, com auxílio das ferramentas do software, à luz das concepções de saúde expressas nas legislações e a literatura que problematiza a questão do modelo de cuidado em saúde mental. O novo paradigma encontrou intensas resistências de setores hegemônicos no campo da saúde mental, que traduziu-se no não cumprimento das normativas, para finalmente encontrar sua expressão no aspecto formal representado pela formulação de legislações que contradizem os aspectos essenciais das reformas. Transpor a tendência atual de investida contra os direitos sociais e a dignidade das pessoas requer atualizar saberes e práticas. Trata-se do saber que pondere a subjetividade na resolução de problemas, que permita conduzir na direção de práticas terapêuticas que visem assumir a complexidade das situações, que promova descobrir ou inventar sentidos, e recuperar ou atingir um lugar no mundo nas pessoas com sofrimento mental. No final, identificam-se algumas potencialidades e possíveis dificuldades, em ambos os países, para construir esses caminhos.

Palavras-chaves: Políticas Públicas De Saúde, Saúde Mental, Modelos De Atenção à Saúde, Intersetorialidade, Interdisciplinaridade, Atenção Primária à Saúde, Direitos Humanos, Argentina, Brasil.

RESUMEN

Estudios muestran que las perspectivas interdisciplinar e intersectorial de las políticas de salud mental se constituyen en los temas más comentados, y hasta de los más resistidos del campo de la salud mental.

Existen tres ejes en los nuevos paradigmas de la salud mental: intersectorialidad, interdisciplinariedad y atención primaria de la salud, que generan el desafío de construir estrategias de intervención complejas.

En este estudio se analiza el carácter intersectorial e interdisciplinar de las políticas de salud mental de la Argentina y Brasil en el periodo de 2010 a 2019, y los recientes factores políticos e sociales que influyen en la dinámica del sector de las políticas sociales, de la salud pública e, particularmente, en el campo de la salud mental.

Esta investigación es de abordaje cualitativo y utiliza como método el estudio de casos múltiples. Se trata de una investigación comparativa de las políticas de salud de Argentina y Brasil, en el periodo de 2010 a 2019, y se utilizó el análisis documental para la colecta y análisis de datos. El análisis de contenido fue utilizado para alcanzar los objetivos.

Se destaca la utilización del software NVivo Versión 10 en las etapas de pre-análisis de datos, exploración del material, tratamiento e interpretación de los datos.

Se describen las características de estas políticas, similitudes y diferencias, e se comparan los modelos de atención de la salud mental que proponen, así como las transformaciones en la formulación de políticas y en el abordaje de las problemáticas relacionadas con el sufrimiento mental y el uso de drogas, que constituyen una tendencia de contra-reforma.

Los resultados fueron interpretados, con el auxilio de las herramientas del software, a la luz de los conceptos de salud expresados en las legislaciones estudiadas y la literatura que problematiza el modelo de cuidado en salud mental.

El nuevo paradigma encontró intensas resistencias de los sectores hegemónicos en el campo de la salud mental, que se tradujo en el incumplimiento de las normativas, para finalmente encontrar su expresión en el aspecto formal representado por las formulaciones de legislaciones que contradicen los aspectos esenciales de las reformas.

Traspasar la tendencia de investida contra los derechos sociales y la dignidad de las personas requiere actualizar saberes y prácticas. Se trata del saber que pondere la subjetividad en la resolución de problemas, que permita conducir en la dirección de prácticas terapéuticas que se propongan asumir la complejidad de las situaciones, que promuevan descubrir o inventar sentidos, y recuperar o alcanzar un lugar en el mundo para las personas con sufrimiento mental. Finalmente, se identifican algunas potencialidades e posibles dificultades, en ambos países, para construir esos caminos.

Palabras-claves: Políticas Públicas De Salud, Salud Mental, Modelos de Atención de Saúde, Intersectorialidad, Interdisciplinariedad, Atención Primaria de la Salud, Derechos Humanos, Argentina, Brasil

ABSTRACT

Different studies show that interdisciplinary and intersectoral perspectives on mental health politics are the most comment, controversial, and even the most weathered discussion in the mental health area. There are three main axis in the mental health new paradigms: intersectoral collaboration, interdisciplinarity and primary health care, that brings up the challenge of building new complex intervention strategies. This study shows the analysis of intersectoral and interdisciplinary characteristics of mental health politics in Argentina and Brazil in the 2010 - 2019 time period. And the recent political and social facts that influence the dynamic in the social politics sector, in public health and, particular, on the mental health field. This research is a qualitative approach and uses as Method the study of multiple cases. It is a comparative investigation of health politics taken in Argentina and Brazil from the year 2010 to 2019. Document analysis was used to collect, process and examine data. The analysis of the content was used to achieve the objectives of this study. NVivo Versión 10 software was used in the stages of pre-analysis, study material exploration, and data interpretation. The characteristics of politics are described, its similarities and differences. Their models of mental health attention are compared as well as the different transformations in the formulation of mental health politics and in the approach of the troublesome related to mental suffering and the usage of drugs, which constitutes a tendency to oppose the desired effects of the politics. (to “against- reform”). The outcomes were interpreted with the help of the software tools. In the light of concepts in the health area, expressed in the studied legislations and the literature that question the mental health model. The new paradigm found a strong resistance in the hegemonic sectors on the mental health field, that led to breach the laws. To finally find its expression in a formal appearance as legislation that contradicts the essential aspects of the reforms that originally caused this new paradigm. Overcome the tendency to trample social rights and human dignity requires upgrade knowledge and practice. It is about the knowledge that weighs the subjectivity in resolving problems. That allows actions toward therapeutic practices that contemplate the complexity of situations and promote the discovering or invention of feeling and understanding, and to get back or to reach a place in the world for people with mental suffering. Finally, some potentialities and some possible difficulties are identified in both countries in order to build those paths.

KEYWORDS: Public Health Policy; Mental Health; Models of Mental Health Attention; Interdisciplinarity; Intersectoral collaboration; Primary Health Care; Human Rights; Argentina; Brasil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1 - Busca e seleção da legislação da Argentina e Brasil, no período 2010-2019

LISTA DE FIGURAS

Artigo 2

Figura 1. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade das normativas argentinas.
Software QSR NVivo Versão 10

Figura 2. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade das normativas argentinas.
Software QSR NVivo Versão 10

Figura 3. Nuvem de palavras da Categoria Interdisciplinaridade das normativas brasileiras.
Software QSR NVivo Versão 10

Figura 4. Nuvem de palavras da Categoria Interdisciplinaridade das normativas argentinas.
Software QSR NVivo Versão 10

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Modelo teórico

Artigo 1

Gráfico 1 - Linha do tempo de legislações, na Argentina. Período 2010-2019

Gráfico 2. Linha do tempo das legislações, no Brasil. Período 2010-2019

Gráfico 3. Problemáticas psicossociais abordadas em normativas argentinas de SM

Gráfico 4. Problemáticas psicossociais abordadas em normativas brasileiras de SM

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias de análise referentes ao objetivo 1

Quadro 2 - Categorias de análise referentes ao objetivo 2

Quadro 3 - Categorias de análise referentes ao objetivo 3

Artigo 1

Quadro 1. Características das políticas de saúde mental na Argentina e Brasil, 2010-2019

LISTA DE TABELAS

Artigo 2

Tabela 1 - Frequência de referências às categorias intersectorialidade, interdisciplinariedade, interinstitucionalidade e expansão de serviços comunitários na legislação em saúde mental, no Brasil, 2010-2019

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CABA Cidade Autônoma de Buenos Aires

CAPS Centros de Atenção Psicossocial

CCC Código Civil e Comercial

CCH Conselho Consultivo Honorário

CELS Centro de Estudios Legales y Sociales

CN Constituição Nacional

COFESA Conselho Federal de Saúde

CONASEMS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CoNISMA Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones

CGR Colegiado de Gestão Regional

CGSES/DF Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

CUS Cobertura Universal de Salud

CNS Conselho Nacional de Saúde

CPPC Colégio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba

DGN Defensoria Geral da Nação

DLSN Digesto de la Legislación Sanitaria Nacional

DNU Decreto de Necesidad y Urgencia

DUDH Declaração Universal de Direitos Humanos

EMP Empresas de Medicina Prepaga

LNSM Lei Nacional de Saúde Mental

MDRI Mental Disability Rights Internacional

M.S Ministerio de Salud

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OEA Organização dos Estados Americanos

OMS Organização Mundial da Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

OPAS Organização Pan-americana da Saúde

OR Órgão de Revisão

OS Obras Sociais

PEN Poder Executivo Nacional

PET Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde

PMO Programa Médico Obrigatório

PRISMA Programa Interministerial de Saúde Mental Argentino

RT Residências terapêuticas

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SE.DRO.NAR Secretaria de Programación para la Prevención de la drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico

SES Secretaria Estadual de Saúde

SPF Servicio Penitenciario Federal

SUS Sistema de Saúde Universal

SUAS Sistema Único de Assistência Social

UPA Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. OBJETIVOS	29
2.1. Objetivo Geral	29
2.2. Objetivos Específicos.....	29
3. REFERENCIAL TEÓRICO	30
4. METODOLOGIA.....	36
4.1. Campo de estudo.....	37
4.1.1 Argentina	37
4.1.2 Brasil.....	39
4.2. Coleta de dados.....	41
4.3. Método de análise de dados	43
4.4. Aspectos Éticos	45
5. RESULTADOS	49
5.1. Artigo 1	63
5.2. Artigo 2	95
REFERÊNCIAS	114
ANEXO.....	123

1. INTRODUÇÃO

De acordo como a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), a política de saúde mental é a declaração oficial pela qual um governo define visão, valores, princípios, objetivos e campos de ação para melhorar a saúde mental e diminuir a carga dos transtornos mentais na população (OPAS, 2017). Embora a OPAS assinala na definição daquela legislação o propósito da melhoria no processo de saúde, Correia e Ventura (2014) chamam à atenção sobre outro ponto: o direito convalida, por intermédio das suas leis e regras, a exclusão dos portadores de transtornos que, legaliza e edifica, dispositivos que patrocinam a estigmatização e segregação social de determinados sujeitos. Os autores afirmam ainda que, na área de saúde mental, não há leitura que não passe pelo direito e pela efetivação jurídica das políticas de saúde.

Os sistemas de saúde de Argentina e Brasil e, particularmente, as políticas de saúde mental referem suas características particulares a um contexto comum mais amplo, de caráter continental, dado pelos fatos históricos que vincularam aos países latino-americanos. Moniz Bandeira (2010, p. 41) assinala que, “a compreensão de um fenômeno político e/ou da política de um Estado passa pelo conhecimento da história, pois, se nada é absolutamente certo, nada também é absolutamente contingente, casual”. O autor define os Estados nacionais como organismos vivos, sujeitos a determinadas condições históricas, e agindo de acordo com a tradição e herança da cultura dos respectivos povos.

A concepção de saúde mental que historicamente orientou aparelhos ideológicos, científicos, legislativos e administrativos segregou os “normais” entendidos em termos de adaptação, dos “anormais” como desvio, relacionado à enfermidade que resultou em estigmatização, isto é, valores negativos para os sujeitos acometidos (FARAONE, 2013). As mudanças nessas concepções propiciaram a criação do campo da saúde mental que coincidiu com a proclamação da Declaração dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU), e o novo conceito de saúde, mais abrangente que o da saúde biológica, promovido no preâmbulo da constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948.

Nesse novo conceito, a saúde passa de ser ausência de doença ou invalidez, para um estado de bem-estar completo, físico, mental e social (OMS, 2013). Atualmente esse princípio, ainda vigente, é criticado por introduzir elementos de alcance ideal, e se assinala os aspectos processuais da saúde como processo saúde-doença-cuidado que reviste características dinâmicas e altamente dependente dos grupos sociais (ALMEIDA-FILHO, PAIM, 1999).

Nesse sentido, Galende (2003) assinala que a saúde não pode ser definida por uma perspectiva populacional, pois refere-se a indivíduos concretos e localizados em contextos sociais específicos, que não podem se reduzir a parâmetros científicos caracterizados pelo

objetivismo positivo. Por outro lado, Canguilhem (1971) define que a lei que regula os mecanismos biológicos é interna ao funcionamento do biológico mesmo, porém a lei que regula o pensamento, a percepção e os comportamentos práticos dos indivíduos é externa ao sujeito, trata-se de uma norma social, de caráter simbólico, daí cabe destacar as dificuldades, que em breve definiremos, para estabelecer um conceito de saúde mental em termos científicos.

Definir um ser vivo dentro da norma ou fora dela (patológico) requer contemplar a relação do sujeito com seu entorno social. Assim, não existe um padrão universal em saúde, o único universal em saúde seria o caráter social (CANGUILHEM, 1971).

Nesse sentido, Galende (2013, p. 11) mostra que “o objeto de estudo da saúde mental é a subjetividade humana como uma totalidade complexa”, uma subjetividade relacional. Assim compreender a saúde mental e o sofrimento mental só é possível no conjunto de suas relações familiares, grupais e sociais, no sentido amplo.

De forma similar, para a OMS (2013) a saúde mental pode ser compreendida como um aspecto vinculado ao bem-estar, à qualidade de vida, à capacidade de trabalhar e de se relacionar com os outros, no qual o indivíduo faz face às dificuldades da vida cotidiana e contribui para a comunidade em que se encontra inserido.

Em perspectiva histórica, no Brasil, as mudanças no setor de saúde foram iniciadas pelo Movimento Sanitário, um sujeito coletivo que defendeu a Reforma Sanitária com as seguintes bandeiras: universalização do acesso; descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; saúde como direito de todos e dever do Estado; Sistema Único de Saúde (SUS); efetividade no financiamento; e democratização do poder local por meio de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2001).

As conferências nacionais brasileiras constituem-se como dispositivos fundamentais para a construção de políticas de Estado, independentes de governos específicos, e contam com ampla participação popular, entre os atores principais encontra-se o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim foi que, no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (CNS, 2010), o Conselho incluiu pela primeira vez sua interface Intersetorial e definiu a convocação da intersectorialidade como um avanço radical em relação às conferências anteriores. Foram convocados formalmente parceiros da Assistência Social, Cultura, Segurança Pública, Justiça, Economia, entre outros, para participar do debate.

Romagnoli et al (2017) afirmam que a discussão acerca da intersectorialidade na saúde mental tem se fortalecido a partir do ano de 2010; o que responde às exigências reais e concretas do modelo de atenção atual, que demandam a construção de redes intersectoriais e interdisciplinares.

Na Argentina, a história dos modelos de Estado relacionada às políticas de saúde evidencia que ao longo dos governos autoritários, se introduziram as receitas de contenção do gasto, a estratégia de focalização e a descentralização dos serviços, e a privatização dos serviços para seguros privados de saúde, que se tornaram em uma área de valorização do capital (TOBAR, 2017). Os governos posteriores e de transição e consolidação democrática consolidaram essas tendências, incorporando a terceirização e a compra e venda de serviços desde o âmbito público.

No entanto, a democratização incorpora a participação social na área da saúde. Tobar (2017, p. 15) assinala que a participação dificilmente supera o caráter enunciativo, e que são poucas as experiências desenvolvidas com sucesso o que torna difícil a identificação de estratégias apropriadas para os diferentes contextos. Todavia, os analistas internacionais assinalam que é esse o caminho para resolver os problemas dos sistemas de saúde, diferentemente o autor defende que a “doença” do sistema de saúde é política e que sua “cura” é de igual caráter

A história da organização dos sistemas de saúde na Argentina pode ser definida como uma dinâmica de avanços e retrocessos para atingir um sistema integrado. A complexidade e a fragmentação constituem os rasgos mais definidos do sistema de saúde, entendendo a última (fragmentação) não como multiplicidade de atores se não como dissolução da responsabilidade pelos cuidados da saúde da população, para construir os direitos à saúde (TOBAR, 2017, 17)

Os direitos das pessoas relacionados com a saúde baseiam-se na Constituição Nacional (ARGENTINA, 1994); no entanto os direitos que ela estabelece não são absolutos. Segundo o art. N° 14 da CN os direitos podem ser executados de acordo com as leis que regulamentem o exercício. Assim, a competência constitucional para regulamentar os direitos constitucionais relacionados com a saúde humana se constitui pela autoridade constitucional da nação, da Cidade Autônoma de Buenos Aires (CABA) e das vinte e três (23) províncias argentinas (TOBAR, 2017).

Os diversos órgãos e entes que têm mandato constitucional para criar legislação sanitária (Congresso nacional, legislaturas das províncias, CABA, os respectivos poderes executivos, os respectivos ministérios de saúde e diferentes entes) têm o dever de legislar de acordo com o texto constitucional e as respectivas normas de criação, devendo sempre se ajustar ao devido processo de criação de normas e respeitar a democracia e os princípios do direito internacional dos Direitos Humanos que emanam da carta constitucional, no seu art.75 inc.22 (ARGENTINA, 1994).

Tanto para Argentina quanto para o Brasil, o acesso à saúde se constitui em um direito cidadão garantido pela constituição federal de ambos os países.

No entanto, a configuração do sistema de saúde argentino apresenta-se sob um modelo de seguro social que restringe o acesso igualitário às pessoas com necessidades relacionadas à saúde, já que o acesso a um seguro de saúde depende da relação com o mercado de trabalho ou da capacidade de pago das pessoas, configurando-se um sistema que oferece respostas fragmentadas às demandas da população (FLEURY, 2018; MECEIRA, 2020).

Atualmente, o sistema de saúde encontra-se regido pela estratégia da Cobertura Universal de Saúde (CUS) que entrou em vigência pelo Decreto de Necessidade e Urgência (DNU) 908/2016 que prioriza a eficiência, e coloca a equidade em segundo plano, e que se caracteriza por oferecer pacotes de serviços de saúde, focando suas estratégias principalmente na modernização do sistema de saúde (CPPC, 2017; ORTUZAR, 2018).

Em contraposição, a modalidade de proteção social do Brasil responde a uma concepção na que a saúde é considerada um direito cidadão e, portanto, de acesso universal, isto é o modelo de seguridade social (FLEURY, 2018).

Até a aprovação da Constituição Federal, em 1988 (BRASIL, 1988) a saúde configurava-se como um direito trabalhista, isto é, para aqueles que trabalham formalmente, ou que contribuía diretamente para algum tipo de seguro de saúde, próprio do modelo de seguro social, e passou a se constituir como um direito de todos os cidadãos.

Identificam-se três elementos que compõem a base cognitiva, ideativa e filosófica do sistema de saúde brasileiro e que foi inscrita na Constituição: a universalidade, a equidade e a integralidade definidas a seguir (GUIMARÃES et al 2011; SAMPAIO et al, 2011):

O princípio da universalidade refere que todos os cidadãos brasileiros têm direito à atenção à saúde. Ainda mais, aponta para a questão do direito à vida e à igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação do cidadão brasileiro.

O princípio da equidade diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior.

Sobre o princípio da integralidade, significa que na direção do SUS em cada esfera de governo devem ser organizadas ações e serviços que visem à integralidade de ações preventivas e de assistência, compreende também as diversas dimensões que determinam a produção da saúde e doença, envolvendo os determinantes sociais e não apenas os aspectos biológicos da saúde.

O sistema está organizado por diretrizes que se articulam com os princípios do SUS (MATTA, 2007), são os meios pelos quais se pretende atingir os objetivos do sistema de saúde brasileiro. Se detalha a continuação:

Regionalização: é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. A lógica que segue é que quanto mais perto da população, maior será a capacidade de o sistema identificar as necessidades de saúde e melhor será a forma de gestão do acesso e dos serviços para a população.

Hierarquização: procede à divisão de níveis de atenção e garante formas de acesso aos serviços de acordo com a complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis de uma região.

Descentralização: é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governos. Objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos.

O antes exposto, se assenta na concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades. Assim, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município.

É importante ressaltar que a descentralização é uma diretriz que incorpora em cada esfera de governo os princípios e objetivos do SUS, fortalecendo o federalismo político expresso na Constituição. Isto é inteiramente diferente da descentralização política proposta pelo ideário neoliberal que preconiza a redução do papel do Estado, a terceirização de serviços e atividades originalmente estatais para a iniciativa privada, como a saúde e a educação, e a desconcentração do poder regulatório do Estado a favor das leis de mercado (GUIMARÃES, et al, 2011; SAMPAIO et al, 2011 ALMEIDA et al, 2017; TOBAR, 2017).

Participação popular: a participação da comunidade no cotidiano do sistema está garantida pela existência dos Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde. Portanto, a participação da comunidade é um poderoso instrumento da sociedade, formalmente reconhecido e instituído no interior do SUS, para a participação e controle social no campo da saúde e na consolidação e desenvolvimento da democracia no Brasil.

O sistema de saúde brasileiro funciona com três níveis de governo e financiamento: federal, estadual e municipal. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde o que permite a concentração do poder e decisão nessa esfera de governo, apesar de todos os mecanismos de desconcentração política e administrativa do SUS (descentralização) e consequentemente o papel na indução de políticas e organização de modelos de atenção.

A União (Governo Federal), por meio do Ministério da Saúde, é o gestor federal do SUS, fórmula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas nacionais e ações, em articulação com o CNS. Os estados e os municípios, são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território estadual e municipal respectivamente. São parceiros para a aplicação de políticas nacionais e também formulam suas próprias políticas de saúde. Eles coordenam e planejam o SUS, respeitando a normatização federal.

O sistema de saúde pode ser dividido em dois subsistemas: o público e o privado (MATTA, 2007). O amplo subsistema público é representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que proporciona cobertura a 75% da população, e um setor privado em crescimento, que cobre os restantes 25% da população. O subsistema privado é dividido em dois subsetores, incluindo o Sistema de Saúde Suplementar e o subsetor liberal clássico. O liberal clássico é composto por serviços particulares autônomos. A saúde suplementar é composta pelos serviços financiados por planos e seguros de saúde. Este possui um financiamento privado, mas com subsídios públicos, gestão privada regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (MONTEKIO, 2008). O acesso ao subsistema de saúde privado não exclui o acesso ao SUS que é universal.

Em relação à atenção em saúde mental e no âmbito da saúde mental internacional, o processo que se desenvolveu na Itália com a aprovação da lei N° 180, em 1978, mais tarde incorporada ao texto final da Lei 833, da Reforma Sanitária daquele país. Aquela legislação promoveu tanto a supressão dos hospitais psiquiátricos quanto pelo desenvolvimento de dispositivos de atenção alternativos, e enfrentou as condições de estigmatização das pessoas com sofrimentos mentais (DE LELLIS, 2013).

A lei italiana influenciou as reformas de ambos os países. No Brasil, promoveu a luta antimanicomial. Diversos setores da sociedade brasileira se reuniram e começaram uma luta com vistas à transformação da assistência psiquiátrica fundamentada por uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental e, também, uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas (AMARANTE, 1995).

Um outro momento histórico importante em nível continental e global foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, em Caracas, Venezuela, convocada pela OMS no ano 1990. A partir dessa reestruturação, os cuidados em saúde mental deixaram de ser do âmbito exclusivamente médico para ser objeto de uma abordagem transdisciplinar, intersetorial e interinstitucional, para estar de acordo com uma nova perspectiva em que os determinantes sociais e culturais passaram a ter a sua relevância no âmbito da saúde mental.

A Conferência Regional de Saúde Mental, promovida pela OPAS e a OMS em Panamá, que comemorou os 20 anos da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção, estabeleceu como meta que, em 2020, se atingiria a substituição dos hospitais psiquiátricos por hospitais gerais e dispositivos alternativos à internação (ARGENTINA, 2010) e também inspirou a reforma no campo da saúde mental na Argentina, que sanciona sua primeira lei nacional de saúde mental no mesmo ano.

A reforma psiquiátrica brasileira foi protagonizada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica (MRP) que nasceu em 1978, mesmo ano da Lei 180 italiana, com a bandeira de luta pela reforma psiquiátrica. Este movimento associou-se com os movimentos sociais na década de 1980 e, também, incorporou setores contra-hegemônicos do governo, corporações da área, usuários, familiares, universidades, e o Movimento pela Luta Antimanicomial (PITTA, 2011, p. 4585).

A passagem da saúde como direito de todos os cidadãos, como foi sancionado pela Constituição, foi um processo que teve implicações diretas para a área de saúde mental, tornando o período dessa Nova República, no Brasil, fértil na produção dos rumos da reforma psiquiátrica no país (CABRAL, DAROSCI, 2019).

A Lei Federal brasileira nº 10.216/2001 incorpora as principais reivindicações da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. Essa Lei foi proposta no ano 1989, pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), e sancionada no país somente no ano de 2001. Em decorrência disso, a partir dos anos 2000 a política de saúde mental impulsionou um novo ritmo para a saúde mental e passou a se consolidar enquanto política e a ganhar maior sustentação e visibilidade (CABRAL; DAROSCI, 2019).

Nessa perspectiva, o campo da saúde mental é caracterizado pela existência, múltipla e simultânea, de diferentes disciplinas ou correntes intelectuais, que definem modos distintos de compreender o sofrimento humano, a doença e, portanto, modos diversos de conhecê-los e tratá-los.

Esse reconhecimento levou à abordagem interdisciplinar para o seu conhecimento e tratamento. Consequentemente se abrem duas perspectivas: a epistemológica e metodológica, caracterizada pela maneira de pesquisar e produzir um conhecimento racional disso, e a perspectiva do impacto concreto nas práticas de cuidado/atenção. (GALENDE, 2013).

Em linha com a ampliação do conceito em saúde, surgiram recomendações de organismos internacionais (OMS, 2013; OPAS, 2017), orientadas a garantir a totalidade dos direitos das pessoas com sofrimento mental para que possam alcançar o mais alto nível possível de saúde e a participação completa na sociedade e no âmbito laboral, sem estigmatizações nem discriminações.

A LNSM foi precedida por legislações inovadoras em diferentes jurisdições do país, inspiradas pela experiência desenvolvida na Itália, na cidade autônoma de Buenos Aires (Constituição da cidade, Lei n° 153/1999, Lei n° 448/2000), na província de San Luis (Lei I-0536/2006), e na província de Río Negro (Lei n° 2.440/1991) (DE LELLIS, 2013; KORIN, 2019).

No marco de um processo de participação pouco frequente na elaboração de políticas na Argentina, a Secretaria de Direitos Humanos convocou e criou em espaço intersetorial de saúde mental e direitos humanos conhecido como “Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos”, no ano de 2006. Foi uma iniciativa local que se consolidou após múltiplos pedidos, da Secretaria, de intervenção em instituições psiquiátricas pela violação de direitos humanos nessas instituições, e sua efetivação significou um apoio importante na consecução da reforma no sistema de saúde mental, permitindo que pudessem se inserir no debate político as vozes não estatais que trabalham nesta área (STOLKINER, 2020).

Dentre os movimentos para a desinstitucionalização dos serviços de saúde mental na Argentina, encontrou-se grupos de pacientes e ex-pacientes, organizações profissionais (FORO, Asociación de Psiquiatras Argentinos – APSA, Asociación en Defensa de los Derechos en Salud Mental - ADESAM), ativistas dos direitos da deficiência e grupos em defesa aos direitos humanos (MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNACIONAL, 2007).

Por outro lado, no informe “Vidas arrasadas”, sobre os direitos humanos e saúde mental na Argentina, foram denunciadas violações aos direitos humanos das 25.000 pessoas internadas em instituições psiquiátricas argentinas, em 2007. O informe denuncia graves situações de abuso e negligência nas instituições psiquiátricas e ainda casos de pessoas mortas por motivo de incineração em quartos de isolamento, privação sensorial por longos períodos de tempo e violência física e sexual, assim como condições de vida perigosas e insalubres tais como falta de água, esgoto, falhas na segurança e riscos de incêndio (STOLKINER, 2020; BARCALA, CABRERA 2015; MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNACIONAL, 2007).

A “Mesa” teve a participação de organismos internacionais e organismos governamentais. Logo se inseriram organismos não governamentais, organizações de usuários

e familiares, autoridades dos hospitais monovalentes de saúde mental, entre outros. Estabeleceu-se, a partir disso, a premência de uma lei nacional de saúde mental. Desse modo, a formulação do projeto de lei foi o resultado de uma construção consensual coletiva, modalidade que conseguiu continuar na sanção do decreto regulamentário que contou com foros participativos.

A Lei Nacional de Saúde Mental n° 26.657/2010 (ARGENTINA, 2010) atravessou longos debates e promoveu múltiplas resistências no cenário político e dos profissionais do campo da saúde mental, principalmente da corporação médica-psiquiátrica.

A lei surge no contexto de um Estado que, com a presidência de Dr. Néstor Kirchner e logo com a Dra. Cristina Fernández de Kirchner, recupera o papel de restituição e reconhecimento de direitos de grupos em situação de vulnerabilidade, após a profunda crise económica, social e política do ano 2001, por intermédio da demanda de diversos atores sociais. Assim, sancionou-se diversas leis por meio de processos participativos desses atores: lei n° 26.522 de Serviços de Comunicação Audiovisual; lei n° 25.871, lei de Migrações; lei n° 26.485 de Proteção Integral para prevenir, sancionar e erradicar a Violência contra as mulheres nos âmbitos em que desenvolvem suas relações interpessoais; lei n° 26.618 de Matrimônio Igualitário; lei n° 26.417 de mobilidade das prestações do Regime previdencial público; e a lei n° 26.062, de Proteção Integral de “Niñas”, “Niños”, e adolescentes; e a lei n° 26.657, LNSM (STOLKINER, 2020; BARCALA, 2015).

Na Argentina, a política de saúde mental também estabeleceu a intersetorialidade como o caminho a percorrer para facilitar a assistência integral da população focando-se na importância dos vínculos sociais e a vida em comunidade. Embora o avanço da lei seja díspar nas diferentes províncias do país, nos últimos anos surgiram tentativas que representaram recuos e outras que são consistentes com a implementação efetiva (STOLKINER, 2020).

Similar situação se desenvolve atualmente no Brasil. O contexto político e ideológico com um projeto político ultraconservador do governo federal coloca em risco a sobrevivência do Sistema Único de Saúde (SUS) e de outras políticas sociais. Nesse contexto, identificou-se o retorno ao cenário nacional de políticas centralizadas e impostas de cima para baixo, sem participação social ou construção coletiva (CABRAL SB; DAROSCI, M, 2019, ONOCKO-CAMPOS, 2019, CALDAS ALMEIDA, 2019).

Diferentes autores (CALDAS DE ALMEIDA, 2019; AMARANTE, 2012; CABRAL, DAROSCI, 2019) afirmam que as políticas públicas de saúde mental se encontram ameaçadas com o retorno da indústria de leitos, baseada na mercantilização do sofrimento e terapias invasivas, nas quais as pessoas portadoras de transtornos mentais perdem o direito à cidadania.

Direito de acesso à saúde conquistado constitucionalmente, sendo dever do Estado provê-la mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Pesquisas (MARAZINA, 2011; KORIN, 2019) que estudaram comparativamente ambos os países tendo como objeto às políticas da saúde mental, contribuem a identificar características específicas das legislações, similitudes e diferenças. Revelaram que a legislação em saúde mental de ambos os países correspondeu às recomendações internacionais, sendo que a diferenciação mais importante para Korin (2019) foi que, pelo extenso período entre sua proposta de lei e a promulgação, a legislação nacional brasileira requereu de normativas complementares para dar um marco legal às práticas em saúde mental e, na perspectiva de Marazina (2011):

[...] a articulação da legislação brasileira com um corpo normativo nacional, e a fragmentação do corpo legislativo argentino, carente de uma perspectiva legal nacional que unifique as diversas legislações por causa da estrutura do sistema de saúde argentino (MARAZINA, 2011).

Ainda mais, deve se salientar a reformulação da organização do sistema de saúde da Argentina para uma estratégia de Cobertura Universal de Saúde (CUS) e a tendência de dar financiamento aos aspectos assistenciais do sistema, pauta que acabaria determinando o que seria financiável, ponto que resultaria desfavorável para a área da saúde mental que não se limita exclusivamente a resolver um determinado tipo de problema clínico ou epidemiológico e que também está imersa no processo e transição de paradigmas (CPPC, 2017). Transição essa que aponta claramente para um papel intersetorial na saúde mental, que vai além do assistencialismo, que perpassa todo o processo saúde-doença-cuidado.

Entende-se, portanto, as legislações dos ambos os países como decorrentes do novo paradigma em saúde mental, com o intuito principal de promover a proteção dos direitos das pessoas com sofrimento subjetivo.

Existem três eixos nos novos paradigmas de saúde mental: intersetorialidade, interdisciplinariedade e atenção primária de saúde; que geram o desafio de construir estratégias de intervenção complexas que possam articular as demandas da comunidade frente a problemas complexos com a oferta de serviços que promovem a saúde, assistência, e reabilitação do sofrimento subjetivo (BRASIL, 2001; BANG, 2014; USSHER, 2015; AMARANTE, 2012).

As perspectivas interdisciplinares e intersetoriais se constituem nos temas mais comentados, e ainda os mais resistidos do campo da saúde mental. Nesse sentido, Burijovich

(2018, p. 221) coloca que apontar à intersectorialidade não resulta suficiente, logo, torna-se necessário analisar como construí-la, e identificar a especificidade de sua gestão nas políticas de saúde mental.

À vista do antes exposto, o presente estudo analisa os recentes fatores políticos e sociais que influem na dinâmica do setor das políticas sociais, da saúde pública e, particularmente, no campo da saúde mental.

Inclui-se, também, a perspectiva da intersectorialidade e a interdisciplinariedade por serem interfaces que permeiam todo o corpo normativo e se reiteram nos discursos dos atores envolvidos na área da saúde mental, além de constituírem-se no eixo central das reformas políticas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar as políticas de saúde mental da Argentina e Brasil desde a perspectiva intersetorial e interdisciplinar, no período de 2010 a 2019.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever as características das políticas de saúde mental na Argentina e Brasil, similaridades e diferenças ao longo do período de 2010 a 2019;
- Identificar e comparar os fundamentos teóricos, disciplinas e campos de práticas utilizados na formulação da legislação e documentos técnicos das políticas de saúde mental da Argentina e do Brasil;
- Identificar e comparar o(s) modelo(s) de atenção à saúde mental da Argentina e Brasil, presentes nos documentos estudados.

A análise de políticas públicas requer um arcabouço teórico que melhor defina este objeto de pesquisa. Do mesmo modo, as dimensões da intersetorialidade e interdisciplinaridade precisam ser definidas nos aspectos conceituais que irão dar coerência metodologicamente ao estudo.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

As políticas públicas são instrumentos da democracia para a consecução de objetivos de governo, ações definidas no âmbito do Estado e da sociedade, que visam atender uma necessidade específica, que se expressa no plano coletivo, mas exige sua conscientização no plano dos indivíduos, sendo sua organização social primária as famílias e as comunidades (MENDONÇA; GIOVANELLA, 2007).

De acordo com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2017), a política de saúde mental é a declaração oficial de um governo que define um conjunto de valores, princípios, objetivos e campos de ação para melhorar a saúde mental e diminuir a carga dos transtornos mentais na população. A legislação de saúde mental geralmente se concentra em proteger os direitos humanos de pessoas com transtornos mentais e dispor sobre condições de internamento e tratamento involuntário, tutela, formação profissional e a estrutura de serviços.

Almeida Filho, Coelho e Peres (1999) teorizam sobre os objetos de intervenção dos projetos comunitários de saúde mental e afirmam que, nas sociedades multiculturais da pós-modernidade, diversos processos heteronômicos indicam a necessidade de aparelhos de cuidado psiquiátrico culturalmente sensíveis, a fim de pelo menos aumentar a resolutividade das suas ações.

Nessa linha, destaca-se a perspectiva de interseccionalidade, que se interessa na inclusão das políticas públicas em termos de justiça social e reconhece construtos relacionais da iniquidade social, além de constituir um instrumento teórico útil para examinar a relação dinâmica entre os determinantes sociais, o sujeito e seu contexto histórico e cultural, e portanto, como as relações de poder são mantidas e se reproduzem (MORA-RIOS, BATISTA; 2014; SMOLEN, 2016).

Assinala-se a importância crucial da conceituação positiva de saúde mental, em todos os seus níveis, instâncias e dimensões, a necessidade de passar desde o nível individual a um conceito ampliado de saúde mental como expressão de saúde social. Ainda, os autores apontam (Almeida Filho, Coelho e Peres, 1999 pp 123):

O conceito de saúde se torna necessariamente objeto de uma perspectiva transdisciplinar e totalizadora, fora do âmbito dos programas de assistência. Em suma, a saúde mental implica emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, equidade, enfim, qualidade de vida, o conceito de saúde mental se vincula a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política

Os movimentos de reformas das políticas de saúde mental das últimas décadas, apresentaram como foco as intervenções e os trabalhos específicos, de maneira singular o

trabalho interdisciplinar, e as equipes interdisciplinares (TELLES, 2021). Destituiu-se assim a exclusividade do saber-poder médico (FOUCAULT, 2008) e se abre a possibilidade de partilha com outros profissionais da saúde e campos afins, na atenção das pessoas em sofrimento psíquico.

A palavra interdisciplinaridade pode se relacionar ao fenômeno característico da ciência contemporânea, uma clivagem, uma passagem, um deslocamento no modelo analítico (cartesiano) de o homem fazer ciência. Esse modelo que desde os seus começos no século XX, se construiu com a procura de divisão de cada dificuldade no seu conjunto de elementos ínfimos, isto é que, desde um conhecimento fragmentado partiu do princípio de que existe um conjunto finito de elementos constituintes, e que só a análise de cada um desses elementos, permite depois reconstituir o todo, tornou-se insuficiente, sendo preciso superar a visão disciplinar que legitimou o reducionismo do método analítico como a explicação mais completa e a única forma válida de produzir conhecimento (VILELA, MENDES, 2008; POMBO, 2003, TESTA, 2005).

Nesse sentido, Testa (2005) assinala a necessidade do diálogo entre as diversas disciplinas científicas para atingir a resposta às questões levantadas. O autor chama a atenção para a contradição gerada entre o estudo de um objeto singular (saber intradisciplinar), e uma observação desde diversos pontos (saber interdisciplinar), e sobre o vazio entre as diferentes disciplinas tributárias de um problema, com a necessidade de restaurar a continuidade entre elas para alcançar um saber transdisciplinar que consiga dar resposta aos problemas complexos como os da área da saúde.

Na perspectiva de Erich Jantsch, 2003 (em VILELA, MENDES, 2008 p.527,), distinguem-se cinco níveis na interdisciplinariedade:

Primeiro, o nível multidisciplinar como a justaposição de disciplinas diversas, com a intenção de esclarecer os seus elementos comuns, mas desprovidas de relação aparente entre elas; segundo, o nível da pluridisciplina, definido como a justaposição de disciplinas, mais ou menos vizinhas, nos domínios do conhecimento, visando à melhoria das relações entre elas. Exemplos: Física e Química.

Por outro lado, a disciplinaridade cruzada foi destacada como o terceiro nível, de abordagem baseada em posturas de força, em que a possibilidade de comunicação está desequilibrada, pois uma das disciplinas predomina sobre as outras. Ainda, o quarto nível destacado foi da interdisciplinaridade, que consiste na interação existente entre duas ou mais

disciplinas, em contexto de estudo de âmbito mais coletivo, no qual cada uma das disciplinas em contato é, por sua vez, modificada e passa a depender claramente uma da outra, o que resulta em enriquecimento recíproco e na transformação de suas metodologias de pesquisa e conceitos.

No último nível, os autores definem a transdisciplinaridade como sendo o nível superior da interdisciplinaridade, em que desaparecem os limites entre as diversas disciplinas; a cooperação é tal que se fala do aparecimento de uma nova macrodisciplina. Cita-se, como exemplo, a elaboração de marcos teóricos como a teoria geral dos sistemas, o estruturalismo, a fenomenologia, o marxismo.

Entretanto, Vilela e Mendes (2003), discordam da ideia desses autores de que campos disciplinares seriam estruturas com um eixo teórico e metodológico sem princípios e conceitos necessariamente codificáveis e que interagiriam entre eles tendendo à convergência, pois, para eles, os campos seriam ordenados por sujeitos instituídos por uma prática cotidiana.

Na cotidianidade se dão os processos de sobrevivência que tendem a se cristalizar por meio de normas de conduta sem deixar espaço para a reflexão, por isso são alienantes quando existe um espaço grande entre a produção de conhecimento humano-genérica e a participação consciente dos indivíduos na produção social, econômica e política (HELLER, 2000, p38). Nesse sentido, cabe às políticas que implicam as práticas cotidianas, e aspiram a sua transformação, considerar as dificuldades inerentes às ações dos sujeitos nesse âmbito.

Por outro lado, a intersetorialidade é um conceito polissêmico e que pode ser caracterizado em plural como “intersetorialidades” para se referir a relações entre setores (público e privado), áreas de intervenção (saúde, educação, justiça, desenvolvimento social), se constituir em um dispositivo para propiciar encontros, escuta e alteridade, além de ajudar a explicitar interesses divergentes, tensões e buscar (ou reafirmar a impossibilidade de) convergências possíveis; a intersetorialidade como ações de gestão associativa se propõe evitar duplicidade de ações, isto é, como dispositivo para melhorar a eficiência, a efetividade e a eficácia da gestão pública (USSHER, 2015; AKERMAN *et al*, 2014).

No caso, reflete-se sobre a capacidade desse dispositivo de gestão de aumentar as oportunidades de quem está excluído (AKERMAN *et al*, 2014).

A dificuldade do trabalho intersetorial encontra-se na necessidade de intervenções convergentes em situações que requerem acordos na definição do problema, planejamento das intervenções, desenvolvimento e avaliação (USSHER, 2015).

Diversos autores apontam para a necessidade de se construir uma agenda de pesquisa que favoreça aportes teóricos, e a revisão de marcos teóricos-conceituais que orientem as

práticas, para que a ação intersetorial não seja um “experimento” ou uma “improvisação” na prática (AKERMAN *et al*, 2014, BANG, 2014).

Cabe destacar a relevância de identificar o modelo de atenção da legislação de saúde mental nos ambos os países, no sentido colocado por Mendes (2010), como um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção da saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede, e as intervenções sanitárias definidas com base na concepção de saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e uma determinada sociedade.

Na perspectiva de diversos autores (MENDES, 2010; TEXEIRA, *et al* 1998) a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde que se manifesta em todos os países do mundo, decorre da incoerência entre uma situação de saúde de transição demográfica e de transição epidemiológica e o modo como se estruturam as respostas sociais deliberadas às necessidades das populações.

As políticas de saúde que orientam tais modelos de atenção e a direção na que caminham - conservação, mudança ou transformação (SAMAJA, 2000) no sentido de entender a saúde como produção social, desembocam em questões acerca do tipo de saber proposto na resolução dos problemas.

Testa (1992), que entende a saúde como “o jeito de andar a vida”, assinala que a epidemiologia social oferece uma análise que permite a aproximação das complexas relações dos problemas sobre a situação de saúde. Na epidemiologia social, o processo saúde-doença é entendido como expressão particular do processo social, e as desigualdades no sofrer e adoecer entre grupos de pessoas, decorrentes de diferenças de classe social (GIOVANELLA, 1990).

Conforme Testa (1992; 2020), os problemas de saúde, tanto de situação de saúde quanto de organização setorial, esses últimos representados pela alocação social de recursos para a atenção à saúde e fazendo parte das questões relacionadas à reprodução da força de trabalho, são problemas sociais complexos de diversos fatores relacionados.

Os problemas de saúde, enquanto problemas sociais, só podem ser resolvidos a partir do social mesmo. Pois, a totalidade social não é divisível, não pode ser separada em partes, isto é, não seria possível modificar o social com propostas setoriais. Nesse sentido, para mudar o social, é necessário pensar na questão do poder, categoria central na análise da dinâmica social, à vista de que implementar uma ação de saúde leva a um certo deslocamento de poder favorável à resolução do problema (TESTA, 1992).

Da mesma forma, as estratégias em saúde extrapolam o setorial, abarcando o conjunto social, e dão eficácia às propostas a longo prazo.

Segundo Testa em uma análise estratégica da estrutura de poder do setor saúde, se faz uma consideração em um duplo eixo: o que corresponde aos resultados de seu exercício e o que diferencia tipos específicos, entre eles o poder técnico, administrativo e político (TESTA, 1992, pp 119-123):

Assim, tem-se o poder técnico composto por vários aspectos que se referem ao tipo de informação que lida com essa forma de poder: médica, sanitária, administrativa e o marco teórico. A primeira é, fundamentalmente, a clínica. A informação sanitária corresponde àquela que geralmente é registrada como morbidade, que é a distribuição da enfermidade na população, e mortalidade. A informação administrativa tem correspondência com os diversos indicadores de uso de recursos. Esta informação juntamente com a sanitária é utilizada para tomar as decisões habituais no setor.

Por último, o marco teórico se refere a como deveriam ser desenvolvidos, entendidos e relacionados os outros tipos de conhecimentos citados. Esse marco teórico da saúde é o problema da causa das doenças, a sua determinação e, desde um sentido social, a produção social das enfermidades.

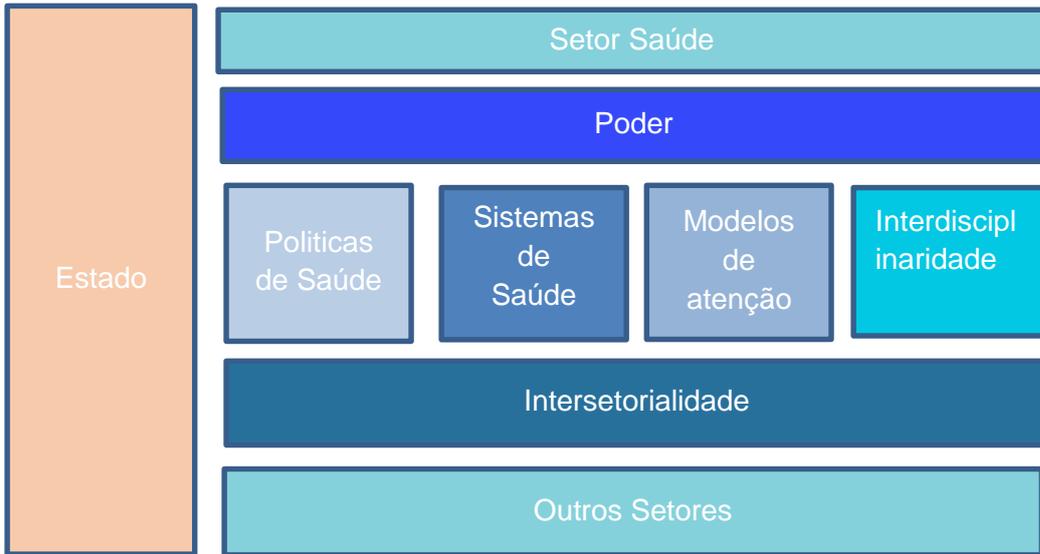
Por outro lado, o poder administrativo, desde uma perspectiva da acumulação do poder no setor, é sintetizado, nos países capitalistas, por meio das diversas formas de financiamento, que é o elemento central organizador dos diversos subsectores do setor saúde.

Por sua vez, o poder político é a capacidade de desencadear uma mobilização e depende de uma forma de conhecimento, uma perspectiva, que é um saber gerado de maneiras diversas: como experiência de situações concretas, sentimentos e reflexão sobre elas e, particularmente, como conhecimento científico. As diversas formas de saber sobre o poder podem ser agrupadas em duas grandes categorias: conhecimento empírico e conhecimento científico.

Cada uma das formas adotadas pelo poder político está apoiada por uma base formal, que lhe outorga legitimidade: tradições, valores compartilhados, leis, funcionamento dos aparelhos do Estado, organizações da população, repressão; isto é, toda uma gama de instituições que constitui a sociedade política e a sociedade civil do Estado moderno.

Alguns desenvolvimentos teóricos foram feitos em separado, nos dois artigos que compõem os resultados. A seguir se apresenta um diagrama das categorias teóricas articuladas:

Gráfico 1: Modelo teórico



Fonte: Elaboração própria

4. METODOLOGIA

Esta pesquisa apresenta abordagem qualitativa e utiliza como método o estudo de casos múltiplos que, de acordo com Yin (2001 p. 68), permanece dentro da mesma estrutura metodológica do estudo de caso clássico (isto é, único), no entanto as provas resultantes de casos múltiplos são consideradas mais convincentes, e o estudo global é visto, por conseguinte, como mais robusto.

Por se tratar de uma investigação comparada entre políticas setoriais desenvolvidas por dois países distintos da América do Sul, a pesquisa documental se apresenta como adequada para a consecução dos objetivos delineados. Utilizou-se, portanto, uma análise documental consistente em um amplo exame de diversos materiais, chamados de documentos, que não foram analisados antes, ou que podem ser reexaminados, buscando-se outras interpretações ou informações complementares (KRIPKA, et al, 2015).

A seleção dos documentos da presente pesquisa se orienta a buscar dados da perspectiva intersetorial e interdisciplinar nas políticas de saúde mental na Argentina e no Brasil, no período 2010-2019.

Existem eixos temporais que traduzem a conjuntura das políticas estudadas. Nesse sentido, estabeleceu-se o recorte temporal, a partir do ano 2010, por dar início à reformulação da política de saúde mental, tanto na Argentina, principalmente pela sanção da LNSM, quanto no Brasil, com a IV Conferência de Saúde Mental - Intersetorial. Fatos históricos que aconteceram em governos socialistas com a mandatária peronista Cristina Fernández de Kirchner, na Argentina, e o presidente, fundador do Partido dos Trabalhadores (PT), Luiz Inácio “Lula” da Silva. Ambos com políticas sociais robustas e normativas que visaram garantir os direitos de grupos em situação de vulnerabilidade.

Ainda mais, consideraram-se duas subfases ao longo da linha de tempo que vai desde o ano 2010 até o ano 2016 por compreender o período que vai até o final do mandato da presidenta argentina e a totalidade do mandato de Dilma Rousseff, que deu continuidade à proposta do presidente petista. Por outro lado, o período compreendido desde o ano 2017 até 2019 caracterizaram-se por governos com políticas neoliberais e que reduziram recursos, inclusive extinguiram políticas sociais já existentes e com poucos avanços nessa área.

4.1. Campo de estudo

O campo de estudo é virtual, uma vez que os documentos se encontram disponíveis nos sites estatais de ambos os países, cujas políticas são o objeto de estudo e, portanto, necessitam ser caracterizados quanto a alguns aspectos sociodemográficos e às condições de saúde objeto das políticas que é a saúde mental das populações dos países estudados.

4.1.1 Argentina

4.1.1.1 Características populacionais

Argentina tem uma população estimativa de 44.044.811 milhões de habitantes (ARGENTINA, 2013), sendo que o último censo oficial foi realizado no ano 2010. Com a sua estrutura populacional em processo de envelhecimento, por causa da diminuição da taxa de fecundidade e da taxa de mortalidade, e por terem acrescentada a esperança de vida ao nascer nos últimos anos.

Destaca-se o elevado valor do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,825, dentre os outros países da região. E um valor meio de Coeficiente de Gini: 41,4 (ARGENTINA, 2019a).

4.1.1.2 Sistema de saúde argentino

O sistema de saúde argentino apresenta-se como um sistema misturado, fragmentário e descentralizado. Compõe-se por três setores pouco integrados entre eles e fragmentados no interior de cada um deles: um setor público, setor de seguro social e setor privado.

A sua vez, de acordo com a organização federal do país, cada uma das 24 jurisdições detém a responsabilidade constitucional para exercer as funções de reitoria, financiamento e prestação dos serviços de saúde. Destaca-se que historicamente a proteção social se desenvolveu em mais de centenas de entidades (MARAZINA, 2011; OPAS, 2017; MECEIRA, 2020). O acesso aos setores de seguro social e o setor privado não exclui o acesso ao setor público.

O setor público se compõe pelo ministério de saúde nacional, os ministérios provinciais e a rede de hospitais e centros de saúde pública que atendem a toda a pessoa que demande, principalmente as pessoas de rendas mais baixas, sem seguridade social e sem capacidade de pago (36 % da população). O setor é financiado pelos recursos fiscais, principalmente dos aportes provinciais (2.2% do PIB) e recebe pagos ocasionais do sistema de seguridade social, quando tiver prestações dos seus afiliados. Nesse setor existem multiplicidade de programas e

redes que orientam suas atividades às populações mais vulneráveis (D'AGOSTINO, 2016; MECEIRA, 2020).

O setor do seguro social está organizado por meio das Obras Sociais (OS) nacionais e provinciais, que fazem prestações aos trabalhadores e suas famílias (42% da população). Ainda mais, o “Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados” (PAMI) oferece cobertura fundamentalmente aos aposentados do sistema nacional de previsão e suas famílias. Existem também uma OS por cada província que atende empregados públicos de cada jurisdição. O funcionamento das OS acontece principalmente por meio de contratos com prestadores privados e por meio do financiamento dos trabalhadores e empregadores.

O setor privado compõe-se de profissionais de saúde e estabelecimentos que atendem demandas individuais, dos beneficiários das OS e dos seguros privados. O setor inclui mais de uma centena de entidades de seguro privado, chamadas Empresas de Medicina Pré-paga (EMP) que se financia com o pago das famílias ou empresas e recursos dos contratos com as OS (8% da população).

As OS nacionais e as EMP devem atender o Programa Médico Obrigatório (PMO), fato supervisionado pela “Superintendencia de Servicios de Saúde” (SSS), com a finalidade principal de garantir o cumprimento das políticas da área para os seus afiliados. Perante esse mesmo dever, as OS tem diferentes condições de responder pelas desiguais condiciones financeiras que apresentam (MECEIRA, 2020).

O PMO está composto por um conjunto de prestações amplo e os medicamentos correspondentes. O programa cobre o 95% das causas de consulta ambulatoria, atenção cirúrgica e hospitalar, atenção odontológica, saúde mental, reabilitação e cuidados paliativos.

O setor público é regulado nos níveis provinciais e municipal, e a oferta de serviços é definida de acordo com critérios estabelecidos por diferentes ministérios de saúde provinciais.

No nível nacional destaca-se a atuação da Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia Médica (ANMAT) que visa garantir o acesso a medicamentos e dispositivos médicos eficazes e seguros, para todos os cidadãos.

No referente aos estabelecimentos de saúde cadastrados na Argentina, existem 26.985 registros de estabelecimentos, com e sem internação, dependentes dos municípios, províncias e nacionais, com financiamento público e privado (ARGENTINA, 2019).

Cada província tem seu próprio ministério de saúde, que controla a maior parte das decisões políticas na área, e não existe coordenação a nível nacional.

Historicamente, o sistema de saúde argentino teve um modelo de atenção centrado nas doenças e no médico. No entanto, atualmente o campo da saúde abrange o fazer de outras

disciplinas, e a participação de toda a sociedade. Ainda mais, passou a formar parte dos processos de industrialização e exportação dos bens (medicamentos, alimentos e equipe médico) ampliando o propósito clássico de atender o cuidado da saúde e a reparação das doenças na população (TOBAR, 2012).

Entretanto, o modelo de cuidado em saúde foi transformado pela promulgação do Decreto de Necessidade e Urgência (DNU) 908/2016, entrando em vigência, sem debates prévios, a estratégia da CUS (ARGENTINA, 2016a).

A respeito do sistema de saúde mental, foi reformulado a partir da lei N° 26.657, definida como “Lei Nacional de Saúde Mental” (LNSM), sancionada o dia 25 de novembro de 2010. Trata-se de uma normativa de ordem público, com implicações jurídicas de cumprimento obrigatório (BARCALA, CABRERA, 2015).

4.1.2 Brasil

4.1.2.1 Características populacionais

Brasil possui, em 2021, uma população estimada em 212,6 milhões (IBGE, 2021). Sendo que o último Censo Demográfico 2010 a população do país alcançou a marca de 109.755.799 habitantes (IBGE, 2010)

Segundo OPAS (2020) os últimos anos, a estrutura populacional brasileira mudou rapidamente, particularmente em relação ao crescimento populacional, o envelhecimento da população e diminuição constante da taxa de fertilidade, filhos por mulher em idade fértil.

4.1.2.2 Sistema de saúde do Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) funciona em todo o país com três níveis de governo e financiamento: federal, estadual e municipal. A direção é única em cada um desses níveis, e é exercida por meio do Ministério da Saúde, das 27 secretarias estaduais e das 5.570 Secretarias Municipais de Saúde. Os estados e o Distrito Federal estão agrupados nas seguintes regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul (TELLES, 2021).

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2019, no que se refere aos estabelecimentos de saúde que compõem as redes de atenção à saúde no Brasil, o país possui 2.705 academias da saúde, 3.049 CAPS, 37.564 Centros de Saúde/Unidades Básica de Saúde, 51.610 ambulatórios especializados, 952 hospitais especializados, 5.077 hospitais gerais, 690 hospitais dia, 29 laboratórios centrais de saúde pública, 9.048 policlínicas, 4.232 unidades móveis de urgência/emergência, dentre outros (TELLES, 2021).

Montekio, et al. (2011) descreve o sistema de saúde brasileiro como composto por um amplo setor público, o Sistema Único de Saúde (SUS), que proporciona cobertura a 75% da população, e um setor privado em crescimento, que cobre os restantes 25% e inclui o Sistema de Saúde Suplementar, que oferta contratos de serviços médicos e odontológicos, na maioria, pré-pagos, com planos de saúde e seguradoras, ou com o pagamento direto, mas que não exclui o acesso ao SUS que é universal.

O SUS brinda serviços de forma descentralizada por meio das suas redes de clínicas, hospitais e outras instalações federais, estaduais e municipais, bem como em estabelecimentos privados. Com o apoio técnico e financeiro a nível estatal e federal, cada município é responsável pela prestação de cuidados para sua população ou para encaminhar aos usuários para outros municípios. O SUS é responsável pela coordenação do setor público e para regular o setor privado, por meio de acordos ou contratos mediante pagamento para serviço.

Respeito ao setor de saúde mental, a reforma na prestação dos serviços iniciou-se com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) em 1978, com o período de redemocratização do país (AMARANTE, 1995; CABRAL, DAROSCI, 2019), ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

O movimento que conduziu a reforma contou com a participação de diversos setores da sociedade que começaram uma luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. Como resultado tem-se a aprovação da Lei nº 10.216 de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que aprovou a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária (BRASIL, 2001; AMARANTE, 1995; CABRAL, DAROSCI, 2019), ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Destacam-se no processo de desmanicomialização brasileiro, as residências terapêuticas (RT), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os hospitais-dia, os Centros de Convivência e Cultura (CECO) ou Centros de Cooperação, o Programa de Volta para Casa (PVC) e Inclusão Social pelo Trabalho, as ações de saúde mental nas Equipes de Saúde da Família (EFS) e demais componentes da RAPS (BRASIL, 2011).

Os CAPS têm papel estratégico no funcionamento da rede de saúde mental do SUS, tanto no cumprimento de suas funções prestando assistência direta aos usuários, como também na regulação da rede de serviços de saúde. Além do mais, os CAPS devem atuar em conjunto com as ESF, permitindo um acompanhamento contínuo na comunidade que não é possível nas outras modalidades de serviços (SURJUS; CAMPOS, 2011; AMARANTE, 2012).

No processo de ampliação da reforma psiquiátrica, surge a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, cujo objetivo foi criar,

ampliar e articular diversos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

4.2. Coleta de dados

Para a coleta de dados realizou-se pesquisa documental, que, de acordo com Bardin (2011), é uma fase preliminar da constituição de um banco de dados e permite passar de um documento primário (em bruto), para um documento secundário (representação do primeiro).

Utilizou-se dados de sites que reúnem legislação sanitária, tanto do Brasil quanto da Argentina, de portais oficiais e outros não oficiais, mas especializados na área.

Para ambos os países, foram selecionados documentos com dados sobre o sistema de saúde mental argentino relacionados à estrutura organizativa e à prestação de serviços de saúde mental.

À continuação, se detalham as principais plataformas virtuais e as palavras-chaves utilizadas na busca das legislações argentinas.

1) Ministério de saúde: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/home.php?lang=es>

O site foi criado pelo Ministério de Saúde, e reúne a legislação sanitária da República Argentina. A pesquisa foi feita de maneira exaustiva, utilizando as palavras chaves “salud mental”, “mental”, “mentales”, “psíquico”, “suicidio”, “drogas”, “deficiencia”; com um único filtro temporal que vai, do ano 2010 até o ano 2019.

A seleção foi feita de forma individual para os diferentes tipos de normativas: “acordada”, “acta”, “acuerdo”, “acuerdo reglamentario”, “circular”, “código”, “constitución”, “convenio colectivo de trabajo”, “convenio”, “decisión administrativa”, “decisión”, “declaración”, “decreto acuerdo”, “decreto”, “decreto ley”, “dictamen”, “disposición”, “disposición general”, “documento bioético”, “documento institucional”, “estatuto”, “instrucción”, “ley”, “medida provisoria”, “mensaje”, “nota externa”, “ordenanza general”, “ordenanza”, “proposición”, “recomendación”, “reglamento”, “resolución conjunta”, “resolución general”, “resolución”, “tratado internacional”.

2) Digesto de la Legislación Sanitaria Nacional (DLSN): <http://www.msal.gov.ar/dlsn/>

O site anterior foi criado pelo Ministério de Saúde. Trata-se do conjunto de leis sanitárias nacionais vigentes, sistematizada e apresentada por categorias sendo escolhida a categoria “Salud Mental”, “Derechos de los pacientes”, “Discapacidad”, “Drogas”.

3) Información Legislativa e documental (InfoLEG): <http://www.infoleg.gov.ar/>

4) Sistema Argentino de Información Jurídica (SAIJ): <http://www.saij.gob.ar/>

5) Leyes Argentinas: <https://www.argentina.gob.ar/normativa>

Os sites anteriores pertencem ao Ministério de Justiça e Direitos Humanos da Argentina. Reúnem informação atualizada de leis, decretos, resoluções e outras normativas argentinas.

No caso do Brasil, foram utilizados principalmente os seguintes sites oficiais do Ministério de saúde, para coletar similares dados:

1) Ministério de Saúde: <https://www.gov.br/saude/pt-br>

2) Ministério de Saúde: <https://antigo.saude.gov.br/legislacao-da-saude>

Observou-se a existência de dois sites, ficando claro que existia um processo de transição de um para o outro. Entre os tipos de normativas foram pesquisados: Ato administrativo, Consulta pública, Decreto, Instrução normativa, Instrução de serviço, Lei, Medida provisória, Norma Operacional, Portaria Conjunta, Portaria de Consolidação, Portaria Interministerial, Portaria, Resolução da Diretoria Colegiada, Resolução, Regimento interno, Resolução de Consolidação.

As palavras utilizadas foram “saúde mental” e “mental”, “mentais”, “psíquico”, “intelectual”, “suicídio”, “drogas”, “deficiência”. Não foram utilizados filtros de acordo com as fontes (Boletim de Serviços do Ministério de Saúde - BSE, Boletim de Serviço da Funasa - BSF; Diário Oficial da União – DOU; etc.) nem a situação da normativa (anulada, revogada, suspensão, vigente).

A coleta abrangeu todas as possibilidades dos sites, resultando uma coleta aprofundada dos dados.

Em ambos os casos, conseguiu-se acessar com facilidade à legislação requerida. No entanto, a busca da legislação brasileira realizou-se de maneira mais manual, por tipo de lei e ano, e a da argentina a divisão por eixos temáticos facilitou a coleta (DLSN).

A esse respeito, destaca-se a criação de uma coleção normativa digital, na Argentina, que chamou de “Digesto de la Legislación Sanitaria Nacional” (DLSN) por meio da resolução N°2935/2019.

Justificou-se na complexidade e na falta de acessibilidade ao direito sanitário como especialidade do Direito o que produz uma falta de visão política estratégica e integral para o sistema de saúde (ARGENTINA, 2019d)

A normativa objetivou organizar de forma simples e sistemática tais legislações para garantir fundamentalmente o direito do cidadão a acessar à informação pública, amplamente protegido pelas normativas nacionais (ARGENTINA, 1994).

4.3. Método de análise de dados

Na etapa de pré-análise de dados, utilizou-se o software QSR NVivo Versão 10. Foram armazenados todos os dados coletados, para sua posterior análise documental.

O processo iniciou-se com a categorização de dados por meio de categorias previamente criadas e outras acrescentadas ao longo do procedimento. Utilizou-se as diversas ferramentas que disponibiliza o software, tais como consultas, “memos”, anotações, link com outros documentos salvos em dispositivos externos ou sites. As árvores de palavras e nuvens também foram instrumentos amplamente utilizados para verificar que o processo de codificação se relacionasse com as categorias analíticas e operacionais previamente estabelecidas.

O método de análise textual utilizado foi a análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin (1977, p. 45). Nas palavras do autor:

Existem similitudes nas operações intelectuais feitas na análise documental de recorte de informação, organização em categorias segundo o critério da analogia, representação sob forma condensada de indexação à fase de tratamento das mensagens de certas formas de análise de conteúdo, no entanto, por detrás dessa semelhança de certas formas de análise de conteúdo, existem diferenças essenciais:

A documentação trabalha com documentos, a análise de conteúdo com mensagens (comunicação). Assim, a análise documental faz-se, principalmente por classificação-indexação, a análise categorial temática é, entre outras, uma das técnicas da análise de conteúdo.

O objetivo da análise documental é a representação condensada da informação, para consulta e armazenagem; o da análise de conteúdo, é a manipulação de mensagens (conteúdo ou expressão desse conteúdo), para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem.

A análise categorial funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento analítico segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. Tal categorização consiste em duas etapas: isolar os elementos e repartir os elementos, portanto, impor uma organização às mensagens.

Entre as diferentes possibilidades de categorização (critérios), para o presente estudo foi escolhida a análise temática por ser rápida e eficaz, na condição de se aplicar a discursos diretos (com significações manifestas) e simples, como as legislações aqui estudadas.

As categorias temáticas utilizadas foram:

- a) Interdisciplinaridade
- b) Intersetorialidade
- c) Interinstitucionalidade
- d) Expansão de serviço comunitários

Buscou-se que as categorias apresentassem, sempre que pudessem, as qualidades de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência aos objetivos da pesquisa, objetividade e fidelidade (determinada pela menção ou alusão à categoria) e a característica de produtividade (por fornecer resultados úteis em índices de inferências e hipóteses e dados exatos) que recomenda o autor para a sua criação (BARDIN, 1977).

Vale destacar que a utilização simultânea de termos de “interdisciplinaridade” e “intersectorialidade” no corpo textual das normativas estudadas, nem sempre fez possível que categorizasse de maneira excludente as unidades de análise.

A primeira etapa do método, a pré-análise, teve por objetivo a organização que permitiria tornar operacionais e sistematizar as ideais fundamentais. Iniciou-se com a leitura flutuante dos documentos que objetivou estabelecer contato com os documentos, surgindo nela as primeiras impressões e orientações, registradas com o auxílio das ferramentas que provê o software, tais como “memos” ou anotações que também foram utilizados na escrita dos resultados e sua discussão.

A partir desse processo, logrou-se levantar algumas hipóteses que orientaram o processo de análise, isto é, dimensões e posições latentes que precisam ser reveladas e postas a prova pelos fatos, e que direcionam o processo e podem introduzir desvios nos procedimentos e nos resultados.

Nessa etapa, também se trabalhou com a escolha dos indicadores (em função das hipóteses), por considerar os textos, segundo Bardin (1977), como uma manifestação que contém índices que a análise vai fazer falar, procurando nessa fase preparatória a sua organização sistemática em indicadores.

O segundo momento, de exploração do material, consistiu na codificação dos dados, de acordo com os indicadores criados, as hipóteses levantadas e os objetivos construídos.

Correspondeu-se essencialmente com a fase de codificação por meio dos “nós” no software Nvivo versão 10.

Segundo Bardin (1977), a codificação se refere à transformação dos dados brutos do texto que permite atingir uma representação do conteúdo, suscetível de esclarecer ao analista acerca das características do conteúdo.

Na última fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados, os resultados foram tratados de maneira a serem significativos e validos com o objetivo de propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que aportem outras descobertas inesperadas (Bardin, 1977). Para essa etapa foram utilizadas as ferramentas de

geração de relatórios que permite o software para classificar elementos específicos e reagrupá-los pelas características que apresentam.

4.3.1 Quadro de análise e interpretação dos dados

Na coleta dos dados foram utilizadas as categorias analíticas e operacionais que orientaram o processo. Considera-se como categoria os elementos teóricos mais amplos que englobam categorias menores, que podem ser consideradas operacionais na medida em que permitam se aproximar do nível empírico dos fatos, ou das categorias empíricas presentes no senso comum e na linguagem cotidiana. Reunidas no Quadro 1, estão aquelas referentes ao primeiro objetivo específico, e os seguintes quadros se correspondem como os objetivos subsequentes (Quadros 2 e 3).

Para atingir o primeiro objetivo específico, se criaram objetivos secundários, e a partir do segundo objetivo específico, as categorias analíticas surgiram da teoria.

4.4. Aspectos Éticos

A presente pesquisa realizou-se acatando os princípios éticos de pesquisas que envolvem seres humanos preconizados pelas resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para o Brasil, e a resolução N° 1.480 de 13 de setembro do ano 2011 do Ministério de Saúde da Argentina.

Assim, a resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012 do CNS informa que a análise de risco é componente imprescindível à análise ética e diz que a eticidade da pesquisa implica o cuidado pela ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais e coletivos, e orienta para assumir o compromisso com o máximo de benefícios e mínimo de danos e riscos, garantindo que os danos previsíveis serão evitados. Nesse mesmo sentido se pronuncia a resolução N° 510/2016, também do CNS.

A pesquisa tem como dados os documentos que trazem as legislações que foram propostos, debatidos e aprovados pelos gestores e representantes políticos responsáveis por elas.

Define-se como risco de pesquisa aquela possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente de acordo como o artigo II29 da Resolução 466/2012

Assim, a resolução N° 510 de 7 de abril de 2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, orienta que não corresponde registrar a presente

pesquisa pelo sistema do Comitê de  tica em Pesquisa/ Comissão Nacional de  tica em Pesquisa (CEP/CONEP) por se tratar de uma pesquisa que utiliza informa es de acesso público.

Também de acordo com tal resolu o os dados da pesquisa ficarão sob a guarda e responsabilidade do pesquisador, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

A resolu o N  1.480/2011 diz sobre os benefícios e riscos da investiga o em saúde de seres humanos e, também, orienta para avaliar de forma meticulosa os riscos em compara o com os benefícios esperados, recomendando a sua realiza o somente se os últimos superam os primeiros. Nesse sentido o benefício principal que se propõe   refletir sobre a formula o de políticas públicas para a melhora dos sistemas de saúde mental na América do Sul principalmente na Argentina e o Brasil, assim como a difusão dos resultados da pesquisa na comunidade científica. Dessa maneira, a pesquisa se justifica na relevância do conhecimento que procura- se desenvolver.

Quadro 1 - Categorias de análise referentes ao objetivo 1

Objetivo específico 1	Objetivos secundários	Categoria operacional
Descrever as características das políticas de saúde mental na Argentina e Brasil, similaridades e diferenças ao longo do período de 2010 a 2019;	Identificar as políticas de saúde mental de Argentina e Brasil	Nome do Programa/Plano/Lei
	Identificar o órgão estatal que formula as políticas	Vínculo institucional
	Identificar os setores sociais envolvidos na formulação, implementação das políticas	Caráter intersetorial
	Identificar as incumbências profissionais das políticas	Caráter interdisciplinar
	Determinar o público a qual estão destinadas as políticas	Público-alvo/problemáticas psicossociais que aborda

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2 - Categorias de análise referentes ao objetivo 2

Objetivo específico 2	Categoria analítica primária	Categoria analítica secundária	Categoria operacional
Identificar o modelo de atenção de saúde mental da Argentina e Brasil, no período de 2010 a 2019	Saber técnico (poder técnico)	Marco teórico	Concepção de saúde mental

		Organização do sistema de saúde	Níveis de atenção
--	--	---------------------------------	-------------------

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 3 - Categorias de análise referentes ao objetivo 3

Objetivo específico 3	Categoria analítica primária	Categoria analítica aecundária	Categoria operacional
Identificar os fundamentos teóricos, disciplinas e campos de práticas utilizados na formulação da legislação e documentos técnicos das políticas de saúde mental da Argentina e do Brasil	Saber técnico (poder técnico)	Fundamentos teóricos	Documentos anteriores, políticas de outros países, iniciativas internacionais
		Poder técnico-profissional	Documentos de organizações profissionais, colegiados, instituições da área da saúde e outros setores afins
		Poder científico-acadêmico	Atividades universitárias, curriculares, extensão universitária à comunidade

Fonte: Elaboração própria.

5. RESULTADOS

Nessa seção, apresentam-se as legislações em saúde mental da Argentina e do Brasil, de caráter intersetorial e interdisciplinar, no período 2010-2019.

Na sequência, serão apresentadas com maior detalhamento as normativas, objeto da presente pesquisa:

Legislação argentina:

Decreto N° 457/2010

Cria, pela primeira vez, em 2010, a “Dirección Nacional de Salud Mental e Adicciones” na órbita da “Secretaria de Determinantes de la Salud e Relaciones Sanitarias” do Ministério de Saúde nacional (A.SM.D2).

O órgão federal objetivou atingir adequados níveis de eficiência e eficácia para alcançar as metas estabelecidas pelo Ministério de Saúde para responder às demandas que se apresentaram em matéria de atenção primária da saúde mental, em consonância com o Programa de atenção primária de saúde mental criado pela lei N°2.5421/2000, e de consumos problemáticos de substâncias psicoativas.

Determinou-se como responsabilidade principal da entidade, a promoção e coordenação das redes locais, regionais e nacionais de acordo com critérios de riscos que contemplem o adequado desenvolvimento de recursos para atenção primária de saúde mental e consumos problemáticos de substâncias, articulando os diferentes níveis e estabelecendo os mecanismos de referência e contrarreferência para a utilização apropriada deles e a sua disponibilidade para toda a população.

Dentre as ações propostas, destacam-se as atividades relacionadas à atenção primária da saúde e tratamento das adições de caráter interdisciplinar, as tendentes a acrescentar a cooperação técnica e participação intersetorial e interdisciplinar a nível nacional, e o desenvolvimento de uma Mesa Intersetorial e Interministerial de Saúde mental, Justiça e Direitos Humanos, que promova a participação dos ministérios envolvidos na temática e a representação nacional das organizações de profissionais, universitárias, sindicais e cívicas.

Lei N° 26.657/2010

O Congresso da República Argentina sancionou a Lei Nacional de Saúde Mental (LNSM), Nº 26.657, originalmente chamada “lei de direito à proteção da saúde mental”, no dia 25 de novembro de 2010 (A.SM.L3).

Trata-se de uma normativa de ordem pública, com a implicação jurídica de cumprimento obrigatório e indisponível que o imperativo indica.

A normativa se constitui em uma política de “desmanicomialização” que aponta para a substituição de hospitais psiquiátricos e regula em detalhe as internações por motivos de saúde mental, em hospitais gerais, sejam voluntárias ou compulsórias.

Para atingir esses objetivos propõe-se a abordagem intersetorial, isto é, o setor de saúde em coordenação com o setor educativo, de assistência social, e de trabalho, assim como a avaliação e atenção em saúde mental por equipe interdisciplinar: profissionais, técnicos e trabalhadores capacitados e credenciados.

Destacam-se como público alvo toda a população que requer atenção à saúde mental e os usuários de drogas lícitas e ilícitas.

Resolução Conjunta 1.075/2011 e 1.128/2011

Trata-se de uma resolução conjunta do Ministério de Justiça e Direitos Humanos do Ministério de Saúde que cria Programa Interministerial de Saúde Mental Argentino –PRISMA, isto é, de articulação intersetorial entre o setor de saúde e o setor judiciário (A.SM.RC8).

O Programa é produto de uma política pública inspirada pelo respeito aos direitos humanos, e pelo cuidado da saúde mental das pessoas privadas da liberdade no âmbito do Serviço Penitenciário Federal (SPF) como parte de um trabalho anterior realizado entre ambos os ministérios.

Para atingir os objetivos dispôs diferentes dispositivos (avaliação, tratamento, egresso) para garantir a melhor atenção da problemática das pessoas com transtornos mentais detidas nas cadeias, com atividades e finalidades específicas desenvolvidas por Equipe composta de psicólogos, psiquiatras, trabalhador social e advogados.

Resolução Conjunta 10/2013 e 77/2013

Aprovou o Plano Estratégico de Saúde Integral no Serviço Penitenciário Federal 2012-2015, por meio da resolução conjunta entre os Ministério de Justiça e Direitos Humanos e Ministério de Saúde e, portanto, de caráter intersetorial (A.SM.R14).

O objetivo geral do Plano consiste em consolidar um sistema integral de atenção da enfermidade e cuidado da saúde, incluído o sofrimento mental de homens e mulheres detidos no SPF e familiares, e continuar a assistência por fora dos estabelecimentos penitenciários.

O Plano propõe-se construir linhas gerais de planejamento estratégico para a atuação sanitária no contexto de encerramento, baseado nas suas características epidemiológicas particulares, com o propósito de melhorar o cuidado da saúde que permita favorecer as ações de inclusão social, a partir da Avaliação interdisciplinar inicial, a atenção da equipe interna de saúde, junto ao Programa Local.

No ano 2012, o Serviço Penitenciário Federal (SPF) tinha 9.800 pessoas detidas, 91% homens, e 9% mulheres. Ainda sendo de distribuição federal, o 62% encontra-se na área metropolitana e o 38% no resto do país (região do Noroeste Argentino – NOA, Nordeste Argentino – NEA, região centro e região sul).

Decreto Regulamentário N° 603/2013

Sanciona a regulamentação da LNSM N° 26.657 por intermédio do Poder Executivo Nacional (PEN) depois de dois anos da criação da lei e logo de um processo participativo que convocou, ao longo de aproximadamente 7 (sete) meses, a diferentes setores sociais (A.SM.DR15).

A legislação permitiu avançar no efetivo cumprimento da LNSM como a criação de diferentes organismos, de caráter intersetorial e interdisciplinar, tendentes a garantir os direitos dos usuários dos serviços de saúde mental: a Comissão Nacional Interministerial em Políticas de Saúde Mental e Adições (CoNISMA); o Conselho Consultivo Honorário (CCH), com a função de garantir a participação social no planejamento e a implementação das políticas; o Órgão de Revisão (OR) dedicado ao controle da aplicação da lei e principalmente ao controle das internações prolongadas, composto por diversos órgãos e atores sociais; e a Comissão Conjunta de Habilitação e Fiscalização com a função realizar critérios de habilitação, protocolos e fiscalização do funcionamento das instituições tanto públicas quanto privadas.

Ainda, criou uma outra instância de trabalho intersetorial entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Interior, o Registro Nacional de busca de Identidade e Filiação das pessoas com padecimentos mentais, para resolver um problema recorrente nas instituições.

Assim sendo, a lei promove a participação, em qualidade e quantidade, dos diversos atores que são convocados pelas problemáticas de saúde mental, e que compõem espaços de abordagens intersetorial e interdisciplinar.

Resolução N° 2.177/2013

Por meio da resolução, o Ministério de Saúde, aprova o Plano Nacional de Saúde Mental 2013-2018 como ferramenta fundamental para a gestão integral que vise a efetivação da LNSM (A.SM.R18; A.SM.AR20).

A normativa propõe como objetivos a desestigmatização, a inclusão social e a construção coletiva como caminho para construir uma rede nacional de saúde mental.

A sua realização foi por meio de uma ampla convocatória da Direção Nacional de Saúde Mental e Adições que incluiu a todos os poderes e níveis de administração pública e atores sociais, coerente com a essência federal, intersetorial e interdisciplinar da normativa nacional que reforça o seu compromisso com a perspectiva de direitos que se propõe à sociedade toda.

Resolução N° 172/2014

Aprova o “Programa Nacional de Abordaje Integral para la Prevención, Capacitación y Asistencia de las Adicciones” formulado pela SEDRONAR (A.SM.R.19).

O programa fundamentou-se na necessidade de reforçar as políticas públicas de inclusão social, contenção e proteção de pessoas em situação de risco frente ao consumo de estupefacientes e álcool. Propõe a articulação intersetorial saúde, educação e cultura.

Objetivou promover as seguintes ações transversais:

- § Prevenção: Organizar, implementar e sistematizar e consolidar todas as ações orientadas para a búsqueda de um projeto de vida em pessoas em situação de consumo problemático de substâncias ou em risco, para potenciar as redes familiares e comunitárias de contenção.
- § Capacitação: Processo de construção coletiva que permite desenvolver habilidades que favoreçam a relação conceitual e pedagógica dos conteúdos da formação com a experiência organizativa e social do território.
- § Assistência: Atenção de pessoas com consumo problemático de substâncias psicoativas, contenção familiar e social, articulação de estratégias para a reinserção de pessoas por meio de dispositivos de desenvolvimento pessoal, educativo e de trabalho.

Ainda estabelece os procedimentos e requisitos para que organizações governamentais e não governamentais solicitassem os subsídios para a abordagem comunitária e integral proposta, a orienta na rendição de contas e no percorrido administrativo.

Lei N° 26.934/2014

Sanciona o Plano Integral para a Abordagem dos Consumos Problemáticos (Plano IACOP) formulado pela SEDRONAR (A.SM.L.20).

Criou-se para prevenir, a nível nacional, os consumos problemáticos, assistir e promover a integração social das pessoas com sofrimentos relacionados com esses consumos.

Determina a criação dos Centros Comunitários de Consumos Problemáticos distribuídos ao longo do território nacional, priorizando os pontos de maior vulnerabilidade social. Tem-se como objetivo a promoção de instancias de desenvolvimento pessoal e comunitário.

A normativa garante a prestação gratuita e integral dos serviços de saúde que compõem o tratamento dos consumos problemáticos por intermédio das instituições de saúde pública, as obras sociais e as empresas de medicina pré-paga e estabelece que tal cobertura deve ser reconhecida pelo Programa Médico Obrigatório (PMO).

Nesse sentido, a lei indica a necessidade de tratamentos integrais incorporando uma perspectiva interdisciplinar, interjurisdiccional e intersetorial, vinculando as instancias sanitárias com as de prevenção, desenvolvimento social, integração educativa e de trabalho.

Vale resgatar que a lei ainda não foi regulamentada pelo PEN, tendo tido estabelecido o prazo de cento e oitenta (180) dias para sua regulamentação (Art. 25), e apesar de ter transcorrido mais de sete anos da sua promulgação.

Lei N° 27.130/2015

Cria a Lei Nacional de Prevenção do Suicídio. Objetiva-se a diminuição da incidência e prevalência do suicídio, por intermédio da prevenção, assistência e “posvención” -ações e intervenções posteriores de um evento autodestrutivo (A.SM.L.23).

A normativa dispõe a cobertura integral, de carácter interinstitucional, intersetorial, e interdisciplinar para as vítimas de tentativa de suicídio, a as suas famílias, tanto como os familiares de vítimas de suicídio.

Nesse sentido, a equipe interdisciplinar, composta de acordo à LNSM, deve acompanhar ao paciente nas diferentes etapas do processo de tratamento, reabilitação e reinserção social e promover ações integradas como a família e a comunidade ao longo do tempo previamente estabelecido.

A Lei Nacional de Prevenção do Suicídio ainda não tem a normativa que regulamente sua implementação, apesar de que no seu artigo 20 estabelece um prazo de 90 (noventa) dias desde a sua promulgação. No entanto recebeu a adesão da maior parte das jurisdições provinciais.

Resolução N° 2.248/2015

Aprovou o documento Marco de Referência para a formação na área de Saúde Mental (A.SM.DM.25).

Para sua formulação criaram-se documentos de maneira conjunta com representantes de instituições assistenciais, associações profissionais e grupos técnicos jurisdicionais que fazem parte de comissões consultivas da Saúde Mental, atividade coordenada pela “Direção Nacional de Capital Humano y Saúde Ocupacional”.

O órgão que regula a implementação é o COFESA que integra o Sistema Nacional de Acreditação de Residências da equipe de saúde (SNARES), dirigido pela Subsecretaria de Políticas de Regulação e Fiscalização, coordenado pela “Direção Nacional de Capital Humano y Saúde Ocupacional” ambas do MS, e composto pela Comissão Técnica integrada pelos representantes jurisdicionais, e a Comissão Assessora do SNARES, pelas entidades representativas do setor.

Dita normativa responde à necessidade de aproximar os aspectos normativos da LNSM às práticas nas instituições e dos profissionais que compõem os serviços de saúde mental, que se caracterizam por apresentar tensões entre o antigo e o novo paradigma que se consolidou, este último, por um conjunto de normativas que constituíram um processo relevante de transformação nas práticas de saúde. Destaca-se a composição interdisciplinar dos grupos de aprendizagem.

Resolução N° 204/2015

Sanciona o Programa de Apoio à Integração Sócio-laboral (PAIS) e o Sistema de Auxílio Estimulo para a integração sócio-laboral, formulado pela SEDRONAR (A.SM.DM.25).

A normativa complementa a lei que aprovou o Plano IACOP (A.SM.L.20) e segue suas diretrizes. Reconhece a necessidade do desenvolvimento de dispositivos de integração intersetorial com o eixo na abordagem educativa e laboral para as pessoas que tiveram consumo problemático ou estejam em situação de vulnerabilidade social se contrapondo ao pleno desenvolvimento das suas capacidades.

Assim, objetivou abranger todo o território nacional, e trabalhar com a rede vincular e a comunidade, para a construção de um projeto de vida autônoma baseado na saúde, o trabalho, a educação e o lazer.

Para atingir os objetivos, propõe estabelecer os vínculos necessários com o setor público-privado e o setor da Economia Social e Solidária (formas de produção, consumo,

distribuição das riquezas focadas na valorização do ser humano) e os dispositivos do programa para a integração laboral dos participantes.

Sobre o auxílio estímulo, apresenta-se a possibilidade de recebê-lo em período contínuo ou descontínuo contabilizando no total o número de 12 meses de duração, e destaca-se a preocupação pela adequação econômica de acordo ao espaço geográfico.

O programa constitui uma estratégia de saúde social focalizada nos jovens e visa facilitar o acesso aos direitos econômicos, sociais e culturais como eixo das intervenções.

Resolução N° 1.876 – E/2016

Aprova as “normativas para a habilitação de estabelecimentos e serviços de saúde mental sem internação” (A.SM.R.35).

Alinha-se com o art. 27 da LNSM (A.SM.L3), que define a proibição da criação de novos manicômios públicos ou privados e a adequação progressiva dos existentes.

Estabelece os seguintes tipos de estabelecimentos: consultório de saúde mental (psiquiátrico ou psicológico); centro de saúde mental (atenção ambulatorial, hospital de dia e centro de dia); residência de saúde mental (de baixo, médio e alto nível de apoio); empreendimento socioproductivo; serviço de saúde mental no primeiro nível de atenção da saúde; institutos; e serviços de psiquiatria e saúde mental em hospital geral ou clínica.

Para o funcionamento dos dispositivos, destaca-se a atuação de equipes interdisciplinares compostas por profissionais de disciplinas e especialidades tais como psicologia, trabalho social, psiquiatria, enfermagem em saúde mental e de outras disciplinas tais como kinesiologia, psicopedagogia, de recente surgimento como terapia ocupacional e musicoterapia, efetuadas poricineiros.

Estabelece, ainda, normas específicas para seu funcionamento, orienta para determinados dispositivos realizarem uma articulação intersetorial, define a função de coordenação e direção dos dispositivos, e pontua a composição das equipes e a necessidade de equipe profissionais maior e mais diversas, de acordo com o nível de apoio requerido pelo caso clínico e a provisão de cuidados básicos e essenciais - no caso das residências de saúde mental destinadas a pessoas com sofrimento mental com limitada autonomia e/ou condição de vulnerabilidade psicossocial.

Resolução N° 84/2019

Regulamenta o art. 8 do decreto regulamentário N° 149/2009 da lei N° 24.788, lei nacional de luta contra o alcoolismo, de 1997, criando o Programa Nacional de Prevenção e Luta contra o Consumo Excessivo de Álcool (A.SM.R.53).

A normativa foi formulada pela Secretaria de Saúde do Ministério de Saúde e Desenvolvimento social.

O programa está constituído por representantes do Ministério de Educação e a SEDRONAR, conforme dispõe o decreto regulamentário N° 149/2009, daí seu caráter intersetorial.

São responsáveis da implementação a Direção Nacional de Promoção da Saúde e Controle de Enfermidades Crônicas Não transmissíveis e a Direção Nacional de Saúde Mental e Adições.

Pelo caráter descentralizado do sistema de saúde argentino, a presente normativa requer da adesão das jurisdições provinciais para a sua implementação nas províncias e a Cidade Autônoma de Buenos Aires (CABA) do país.

Ambos os países baseiam suas normativas em saúde mental no paradigma dos direitos humanos e na Atenção Primária da Saúde, conforme mostra a literatura (MARAZINA, 2011; KORIN, 2019).

Destaca-se que tanto a Argentina quanto no Brasil possuem políticas de saúde mental de caráter nacional, porém o Brasil apesar de ter um corpo legislativo mais consolidado (MARAZINA, 2011), com uma rede assistencial melhor estruturada e integrada apresenta uma escassa proporção de normativas de saúde mental que atendem o caráter intersetorial e interdisciplinar no período analisado.

A respeito dos órgãos estatais que nucleiam as políticas de saúde mental na Argentina, destaca-se para ambos os países o Ministério de Saúde, e para a Argentina o Ministério de Justiça e Direitos Humanos, responsável pelas iniciativas para estruturar uma lei nacional, e ainda pelo controle na implementação dela. Além do mais, destaca-se a exígua participação de setores sociais nessas instâncias, como se reflete no corpo das normativas estudadas.

Os resultados da presente pesquisa serão apresentados em modalidade de artigos científicos, visando sua posterior publicação em revistas e eventos científicos.

No primeiro artigo assinala-se a intensa resistência de setores hegemônicos no campo da saúde mental que encontrou o novo paradigma, que logo traduziu-se no não cumprimento da normativa, para finalmente encontrar sua expressão no aspecto formal representado pela formulação de legislações que contradizem os aspectos essenciais das reformas.

No segundo artigo, discute-se acerca da tendência atual de investida contra os direitos sociais e a dignidade das pessoas e se pontoa a necessidade de atualizar saberes e práticas. Trata-se do saber que pondere a subjetividade na resolução de problemas, que permita conduzir na direção de práticas terapêuticas que visem assumir a complexidade das situações, que promova descobrir ou inventar sentidos, e recuperar ou atingir um lugar no mundo para as pessoas com sofrimento mental.

No final, identificam-se algumas potencialidades e possíveis dificuldades, em ambos os países, para construir esses caminhos.

Legislação brasileira

Decreto N° 7.179/2010

Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas por meio da Secretaria Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos (B.SM.D.4)

No corpo normativo, resulta explícita a importância da articulação permanente entre as políticas e ações do setor saúde e outros setores tais como assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2002).

O plano foca-se nas ações que contemplam a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, crianças, adolescentes e população em situação de rua e as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação interdisciplinar das ações do SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Ainda, promove a articulação intersetorial da gestão da política, representada pelo Comitê Gestor e o Grupo Executivo, e coordenada pelo Ministro de Estado da Justiça

A presente normativa foi revogada parcialmente por decreto do ano 2019, N° 10.179 e, totalmente, um ano depois por meio do decreto N° 10.473. Ambos se amparam no respaldo legislativo que diz sobre as leis e dispositivos implicitamente revogados ou cuja eficácia ou validade encontra-se completamente prejudicada.

Portaria Conjunta N° 6/2010

Cria o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde Mental (PET Saúde/Saúde Mental) pela portaria conjunta do Ministério de Saúde e do Ministério de Educação

(B.SM.PC.5), e faz parte do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), daí o caráter intersetorial da normativa.

O programa PET-Saúde está orientado a fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS e foi sancionado, no dia 3 de março de 2010, com a portaria Interministerial nº 421.

A presente normativa fundamenta-se na necessidade identificada de promover a integração ensino-serviço e a capacitação pedagógica dos profissionais da área da Atenção em Saúde Mental, álcool e outras drogas, no processo de orientar estudantes de graduação, tendo o serviço público de saúde como cenário de práticas.

O programa oferece bolsas na modalidade de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptoria. Podendo participar, nas duas primeiras opções, estudantes e professores membros de IES públicas e privadas que reúnam os requisitos que manda a normativa.

Decreto N° 7.612/2011

Sanciona o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - “Plano Viver sem Limite” (B.SM.D.9).

O Plano nasceu com o intuito de promover, por meio da articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência

Determinou-se como eixos: o acesso à educação, atenção à saúde; inclusão social; e a acessibilidade, eixos que orientam uma abordagem intersetorial.

A normativa define duas instancias de gestão: o Comitê Gestor e Grupo Interministerial de Articulação e Monitoramento. Ambas as pastas de gestão compostas de forma intersetorial por diversos órgãos, criando uma multiplicidade de vozes no desempenho das suas funções.

A medida legislativa também instituiu o Comitê Interministerial de Tecnologia Assistiva, com a finalidade de formular, articular, implementar e orientar políticas, programas e ações para o fomento ao acesso, desenvolvimento e inovação em tecnologia assistiva.

As instancias de gestão criadas pelo presente decreto foram revogadas pelo decreto N° 9.784 de 7 de maio de 2019, tanto como o Comitê Interministerial de Tecnologia Assistiva foi revogado pelo decreto N° 10.094 de 6 de novembro de 2019.

Atualmente está vigente, com um colegiado de assessoramento governamental de natureza consultiva que apresenta uma composição menor de órgãos do governo.

Portaria N° 3.088/2011

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas foi instituída (RAPS) no âmbito do SUS (B.SM.P.10).

Criou-se com o objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; tanto como promover o acesso aos pontos de atenção das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias; quanto garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, por meio de serviços de atenção diversificados e amplos, qualificando o cuidado.

O funcionamento das RAPS orienta-se pelas seguintes diretrizes:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

A RAPS institui diferentes componentes, e cada um deles forma-se por pontos de atenção como explicado a continuação:

O componente de Atenção Básica em Saúde é formado pela Unidade Básica de Saúde, a Equipe de Atenção Básica para populações específicas (equipe de Consultório na Rua, Equipe de Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório) e os Centros de Convivência.

O segundo componente da atenção psicossocial especializada, constitui-se pelo ponto de atenção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que se compõe de forma multiprofissional atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

As atividades dos CAPS são realizadas em espaços coletivos e em articulação com outros pontos de atenção da RAPS ou outras redes do SUS.

O Projeto Terapêutico Individual é central no cuidado desenvolvido pelo CAPS, se constrói pela equipe, o usuário e a sua família.

Um terceiro componente da Rede é a Atenção de Urgência e Emergência (RAU), formada pelos pontos de atenção que realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo articular e coordenar o cuidado nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório.

A RAU se caracteriza por diferentes pontos de atenção do componente:

§ SAMU 192;

§ Sala de Estabilização;

§ UPA 24 horas;

§ Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;

§ Unidades Básicas de Saúde, entre outros

A Atenção Residencial de Caráter Transitório constitui o quarto componente da RAPS, composto por Unidade de Acolhimento ou Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial.

O quinto componente da RAPS constitui-se pela atenção hospitalar e seus pontos de atenção: enfermaria especializada em saúde mental em Hospital Geral e serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

As Estratégias de Desinstitucionalização conformam o sexto componente da RAP, formado pelos Serviços Residenciais Terapêuticos como ponto de atenção, que representam

moradias inseridas na comunidade destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

Tal componente articula-se com o Programa de Volta para Casa, instituído pela Lei nº 10.708 (BRASIL, 2003) enquanto estratégia de desinstitucionalização que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

E, no final, a Reabilitação Psicossocial constitui o último componente da RAPS, composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais como ações de caráter intersetorial.

Definiu-se a execução de quatro fases para a operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial, caracterizada pela participação de diferentes autores.

Sobre a implantação dos componentes e seu financiamento, por parte da União, a normativa estabelece a criação de normas específicas a serem publicadas pelo Ministério da Saúde.

Decreto Nº 9.761/2019

Aprova a Nova Política Nacional sobre Drogas –PNAD (B.SM.D.79).

Na sua formulação, intervíram as conclusões do Grupo Técnico Interministerial, criado pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.

Quanto a sua implementação, é coordenada pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério de Cidadania e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério de Justiça e Segurança Pública, de forma articulada.

Entre os setores sociais envolvidos na sua formulação e implementação encontram-se os conselhos de políticas públicas sobre drogas e a sociedade civil organizada.

Dentre os pressupostos da política, procura-se buscar o equilíbrio entre as diversas diretrizes que compõem as políticas na área, nas diversas esferas da federação classificadas em ações de redução da demanda, ações de gestão da política, e ações de redução da oferta.

Estabeleceu-se objetivos tais como: conscientizar sobre os prejuízos sociais, econômicos e de saúde, que representam o uso e dependência de drogas; garantir o direito à assistência, intersetorial, interdisciplinar e transversal, garantir que as pessoas afetadas pelos problemas decorrentes de seu uso sejam tratadas de forma integrada e em rede, com o objetivo de que se mantenham abstinentes em relação ao uso de drogas. Promove a responsabilidade compartilhada como filosofia que orienta as ações de prevenção do uso de drogas.

Lei N° 13.819/2019

Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (B.SM.L.80).

Define-se a como estratégia permanente do poder público para a prevenção desses eventos e para o tratamento dos condicionantes a eles associados.

A lei prevê a criação de serviço de atendimento telefônico gratuito e sigiloso, ou outras formas de comunicação, para pessoas em sofrimento psíquico.

Promove a abordagem intersetorial, por intermédio da celebração de parcerias com empresas provedoras de conteúdo digital, mecanismos de pesquisa da internet, gerenciadores de mídias sociais, entre outros, para a divulgação dos serviços.

Assim sendo, a lei dispõe sobre a notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violências autoprovocada. Em todos os casos a notificação compulsória tem caráter sigiloso, e as autoridades ficam obrigadas a manter o sigilo.

A lei altera a Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998 que dispõe sobre os planos de seguros privados de assistência à saúde e inclui a cobertura de atendimentos à violência autoprovocada e as tentativas de suicídio.

5.1. Artigo 1

Sistema de saúde e políticas de saúde mental. Estudo comparativo de Argentina e Brasil 2010-2019

Veronica Maria Cecilia Cancinos

Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

Estudos mostram que as perspectivas interdisciplinares e intersetorial das políticas de saúde mental se constituem nos temas mais comentados, e ainda os mais resistidos do campo da saúde mental. Existem três eixos nos novos paradigmas de saúde mental: intersetorialidade, interdisciplinaridade e atenção primária de saúde; que geram o desafio de construir estratégias de intervenção complexas. Nesse estudo se analisa o caráter intersetorial e interdisciplinar das políticas de saúde mental da Argentina e Brasil no período de 2010 a 2019, e os recentes fatores políticos e sociais que influem na dinâmica do setor das políticas sociais, da saúde pública e, particularmente, no campo da saúde mental. Esta pesquisa apresenta abordagem qualitativa e utiliza como método o estudo de casos múltiplos. Trata-se de uma pesquisa comparada das políticas de saúde de Argentina e Brasil, ao longo do período de 2010 a 2019, e utilizou-se a análise documental para a coleta e análise de dados. A análise de conteúdo foi utilizada para alcançar os objetivos. Destaca-se a utilização do software QSR NVivo Versão 10 nas etapas de pré-análise de dados, exploração do material, tratamento e interpretação dos dados. Descrevem-se as características destas políticas, similaridades e diferenças, e comparam-se os modelos de atenção de saúde mental propostos, e as transformações na formulação de políticas e na abordagem das problemáticas relacionadas com o sofrimento mental e com o uso de drogas que constituem uma tendência contra reformista. Os resultados foram interpretados, com auxílio das ferramentas do software, e em relação às concepções de saúde expressas nas legislações e a literatura que problematiza a questão do modelo de cuidado em saúde mental.

Palavras-chaves: Políticas Públicas De Saúde, Saúde Mental, Modelos De Atenção à Saúde, Intersetorialidade, Interdisciplinaridade, Atenção Primária à Saúde, Direitos Humanos, Argentina, Brasil

INTRODUÇÃO

A resposta do Estado aos problemas sociais das populações se concretiza por intermédio de políticas públicas e outros instrumentos mais operativos que se constituem em meios pelos quais o planejamento se expressa, tais como planos, programas e projetos que pretendem concretizar as políticas públicas. Destacam-se a seguir as características (CARVALHO, 1978; OPAS, 2021).

Um plano é um documento abrangente, que contém estudos, análises situacionais ou diagnósticos necessários à identificação dos pontos a serem abordados, dos programas e projetos necessários, dos objetivos, estratégias e metas de um governo. Por sua vez, o programa é um documento que indica um conjunto de projetos cujos resultados permitem alcançar os objetivos de uma política. Enfim, o projeto é a menor unidade do processo de planejamento. Trata-se de um instrumento técnico-administrativo de execução de empreendimentos específicos para atividades interventivas e de pesquisa no âmbito público e privado.

As políticas de saúde fazem parte das políticas sociais como ação de proteção social, em um modelo de seguridade social, que envolvem as estratégias para reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais (FLEURY, 2008; TOBAR, 2012). No entanto, existem diferentes modalidades da proteção social: a assistência social, o seguro social e a seguridade social. Os modelos variam no que toca à concepção de políticas sociais e suas instituições, com impactos na própria sociedade, no referente ao estado de cidadania (FLEURY, 2008) como se detalha a seguir:

- O modelo de assistência social enfatiza o mercado com sua capacidade de ser autorregulável, com o Estado restrito ao mínimo necessário e com função complementar, as necessidades são satisfeitas de acordo com os interesses individuais e a capacidade de cada um de adquirir os bens e serviços de que precisa.
- O modelo de proteção caracterizado pelo seguro social tem como característica central a cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual. Existe um condicionamento dos direitos sociais pela inserção dos indivíduos no mercado de trabalho. O esquema financeiro do modelo do seguro social associa política social e mercado de trabalho, recebe contribuições obrigatórias de empregadores e empregados, às quais vêm se juntar à contribuição estatal.
- No modelo de seguridade social, a proteção social designa um conjunto de políticas públicas que, inspiradas em um princípio de justiça social, garantem para todos os cidadãos o direito a um mínimo vital, socialmente estabelecido. Nessa ordem social, os cidadãos passam a ter seus

direitos sociais assegurados pelo Estado. O caráter igualitário do modelo está baseado na garantia de um padrão mínimo de benefícios, de forma universalizada. O acesso aos benefícios sociais depende unicamente da necessidade dos indivíduos, o mecanismo de redistribuição, por meio das políticas sociais, tem por objetivo corrigir as desigualdades geradas no mercado (FLEURY, 2008; TOBAR, 2012).

Segundo Moniz Bandeira (2010 p. 41), as características das políticas sociais respondem a um contexto comum mais amplo, de caráter continental, dado pelos fatos históricos que vincularam aos países latino-americanos. O autor ainda defende que “a compreensão de um fenômeno político e/ou da política de um Estado passa pelo conhecimento da história, pois, se nada é absolutamente certo, nada também é absolutamente contingente, casual”.

Isto posto, a continuação seguem as características sócio históricas que configuraram os sistemas de saúde de ambos países.

Políticas de saúde na Argentina

De acordo com a revisão histórica realizada por Tobar (2012), até os anos 40, início do governo de Juan Domingo Perón, existia um modelo higienista na área da saúde, o Estado focava sua preocupação em evitar a propagação das consequências negativas das doenças infectocontagiosas. O contexto de transformação da estrutura social propiciou o surgimento do Estado de Compromisso, favorecendo que o Estado se inserisse no âmbito da saúde, fato que aconteceu por intermédio dos seguros sociais.

Entretanto, a Argentina não continuou a trajetória dos países europeus que utilizou como modelos na criação do seguro social, para o Estado de Bem-Estar, situação que não aconteceu pela falta de integração social. Assim, configurou-se a matriz das respostas fragmentadas às necessidades da saúde da população, principal condicionante na formulação de políticas de saúde.

Na fase “desenvolvimentista”, a transição foi do compromisso com os direitos humanos para o compromisso com a acumulação do capital. A austeridade fiscal provocou a paralização do crescimento da capacidade instalada, inclusive de deterioração da existente.

A partir de 1976, o modelo de Estado autoritário e neoliberal instalou-se na Argentina, e a maior mudança aconteceu na definição de saúde como mercadoria, como bem de consumo. A nova receita das políticas públicas buscou mercantilizar o máximo possível a provisão de bens e serviços de saúde.

Os governos de transição e consolidação democrática procuraram novamente a integração do sistema, mas os projetos encontraram muitas resistências, principalmente dos setores sindicais. As tentativas de superar as receitas básicas neoliberais também não conseguiram ir contra aquelas tendências. Nesse sentido, buscou-se que a participação social pudesse compor a área da saúde, porém a participação não superou o caráter declamativo, existindo poucas experiências bem-sucedidas no país, o que torna difícil a identificação de estratégias adequadas para os diferentes contextos.

Pelo exposto até aqui, é compreensível a atual configuração fragmentada da organização da saúde na Argentina, resultado de uma dinâmica política setorial onde cada ator atendeu seu próprio jogo, sem tentativas de construir pontes que diminuam a fragmentação do sistema e sem empatizar com outros atores frente à redução da capacidade de dar resposta pelos altos custos operativos. A maioria dos componentes do modelo neoliberal continua hoje vigente na organização dos serviços de saúde na Argentina (TOBAR, 2012; STOLKINER et al, 2011; GARAY, 2017).

Os direitos das pessoas relacionados com a saúde baseiam-se no art. n° 42 da Constituição Nacional - CN - (ARGENTINA, 1994); no entanto os direitos que ela estabelece não são absolutos. Segundo o art. n° 14 da CN, os direitos podem ser executados de acordo com as leis que regulamentem o exercício: “A regulamentação dos direitos constitucionais é executada pelo legislador por meio do poder de polícia, que é a potestade que tem o Congresso (...) de limitar os direitos dos indivíduos em prol do bem comum” (GARAY, 2017, p. 2)

Assim, a competência constitucional para regulamentar os direitos constitucionais relacionados com a saúde humana se constitui pela autoridade constitucional da nação, da Cidade Autônoma de Buenos Aires (CABA) e das vinte e três (23) províncias argentinas. Os diversos órgãos e entes que têm mandato constitucional para criar legislação sanitária (Congresso nacional, legislaturas das províncias, CABA, os respectivos poderes executivos, os respectivos ministérios de saúde e diferentes entes) têm o dever de legislar de acordo com o texto constitucional e as respectivas normas de criação, devendo sempre se ajustar ao devido processo de criação de normas e respeitar a democracia e os princípios do direito internacional dos Direitos Humanos que emanam da carta Magna no seu art. 75 inc. 22.

Políticas de saúde no Brasil

Bertolozzi e Greco (1996) realizaram uma reconstrução histórica das políticas sociais no Brasil, que se detalha à continuação.

Na fase de Populismo, desde os anos 45 até os 60, com o plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), a questão da saúde apresentava-se como uma prioridade, mas a saúde pública nunca esteve verdadeiramente entre as opções prioritárias da política de gastos do governo. Nesse período, configurou-se um novo tipo de prestação privada de serviços de saúde, por meio da emergência da medicina de grupo, que se constitui em um dos lastros para a implementação das políticas neoliberais do setor da saúde.

Com o golpe de 64, que suspendeu as garantias constitucionais, emergiu o Movimento Sanitário no interior das universidades como consequência da exclusão da participação dos trabalhadores e técnicos no processo decisório das políticas de saúde, as quais eram tomadas pelos governos autoritários em seu próprio benefício. Assim, a universidade passou a ser o espaço onde era possível a contestação às práticas do regime de então.

Em 1975, como resultado da V Conferência Nacional de Saúde, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (Lei N° 6.229), o qual legitimava e institucionalizava a pluralidade institucional no setor. Por intermédio dessa lei, foram definidas as responsabilidades das várias instituições, cabendo à Previdência Social, a assistência individual e curativa, enquanto que os cuidados preventivos e de alcance coletivo ficaram sob a responsabilidade do Ministério de Saúde e das Secretarias estaduais e municipais de Saúde.

Foram diversas as tentativas de reordenação do sistema de saúde, congregando diferentes entidades previdenciárias, mas os resultados acabaram por fragmentar os poderes e dividir para diferentes organismos as tarefas da Previdência.

No início dos anos 80, com a crise financeira no setor da saúde, que se expressava na seguridade social e no modelo privatizante, o Movimento Sanitário difundia um novo paradigma científico com a introdução das disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença.

No período da Nova República, desencadearam-se diferentes medidas que tinham o objetivo de alterar as políticas que privilegiavam a atenção privatizante em detrimento das ações do setor privado.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, caracterizou-se pela ampla participação social e os debates colocaram à tona as políticas de saúde como questões a serem discutidas pelo coletivo, marcando contundentemente a história da saúde no Brasil, uma vez que definiu um programa para a Reforma Sanitária.

Até o ano 1988, a saúde configurava-se como um direito trabalhista, isto é, para aqueles que trabalhavam formalmente, ou que contribuam diretamente para algum tipo de seguro de saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; CABRAL; DAROSCI, 2019). Com a aprovação da Constituição Federal (BRASIL, 1988), passou a se constituir como um direito de todos os cidadãos, tornando o período da Nova República, um terreno fértil na produção de reformas.

A Constituição incluiu a saúde como parte da seguridade social, avançando em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais, expressos no art. 194 (Cap. II, da Ordem Social), inovando ao consagrar o modelo de seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como itens da seguridade social introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restritos à população beneficiária da previdência (FLEURY, 2008).

Apesar dos avanços alcançados, permaneceu intocável o paradigma do modelo assistencial centrado na assistência médica individual e, portanto, na figura do médico.

No contexto de uma crise econômica, instalou-se a opção neoliberal que visa reduzir o papel do Estado e a remeter à regulação da saúde para o âmbito privado. Existiu uma redução dos recursos de custeio e uma completa paralisação nos investimentos em manutenção e ampliação da rede de serviços. Assim, no final dos anos 80 e início dos 90 coloca-se o embate de duas correntes sobre o Estado: a concepção neoliberal, e a concepção da necessidade da presença de um Estado democrático forte, demandado pelas políticas de ajuste estrutural e pelas desigualdades sociais (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Sistema de saúde brasileiro

O sistema de saúde pode ser dividido em dois subsistemas: o público e o privado (BRASIL, 2007).

O amplo subsistema público é representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que proporciona cobertura a 75% da população, e um setor privado em crescimento, que cobre os restantes 25% da população. O subsistema privado é dividido em dois subsectores, inclui o Sistema de Saúde Suplementar e o subsector liberal clássico. O liberal clássico é composto por serviços particulares autônomos. A saúde suplementar é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde. Este possui um financiamento privado, mas com subsídios públicos, gestão privada regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (MONTEKIO,

et al 2011). O acesso ao subsistema de saúde privado não exclui o acesso ao SUS que é universal.

Modelo de atenção, cuidado ou assistencial

Modelo de atenção, cuidado ou assistencial é entendido como uma combinação de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) com a finalidade de resolver os problemas (danos e riscos) e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas por intermédio de um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção da saúde, articulando as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias definidas com base nas situações epidemiológicas e as concepções de saúde (PAIM, 1993; MENDES, 2010; TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

As mudanças demográficas dos ambos os países foram registradas por diversos órgãos (IBGE, 2010; OPAS, 2020; ARGENTINA, 2013).

De acordo com as estimações mais recentes da OMS (2017) sobre a prevalência dos transtornos mentais comuns (pela alta prevalência na população) e que vêm se acrescentando no nível mundial, a proporção da população mundial com depressão foi de 4,4% no ano de 2015, e de 3,6% de transtornos de ansiedade, sendo mais comum nas mulheres que nos homens, e atingem seu ponto máximo na idade adulta (entre 55 e 74 anos) no caso da depressão, com tendência a uma menor prevalência nos grupos de menos idade para a ansiedade. Sendo que a maior parte ocorre nos países de renda baixa e média.

No que se refere aos dados relativos às consequências dos transtornos em perda de saúde, funcionamento e morte, os transtornos depressivos se destacam como maior fator que contribui na perda de saúde sem consequências mortais (7,5% dos anos de vida com incapacidade) e se define também como um dos principais fatores que contribuem ao suicídio.

Vale destacar que o suicídio está entre as 20 principais causas de morte em 2015, e a segunda entre a população entre 15 e 29 anos, apresentando maior taxa nos homens (20/100.000 hab.) que nas mulheres (5/100.000 hab.), e com porcentagem maior (78%) nos países de renda baixa e média.

Por sua vez, os transtornos de ansiedade se localizam como o sexto fator que contribui na perda de saúde sem consequências fatais a nível global e está entre as dez principais causas de anos de vida com incapacidade (OMS, 2017).

Diversos informes (OPAS, 2009; OEA, 2019) sistematizam a informação relacionada ao uso de drogas no hemisfério ocidental e destaca-se que, apesar da diversidade étnica, linguística, econômica e cultural, existem temáticas comuns tais como o aumento de consumo de *cannabis* e cocaína na população geral, na maioria dos países, sendo que o tabaco é a única substância que apresenta uma diminuição sistemática.

Destaca-se também a diferença por gênero no consumo da população geral, com um uso igual ou maior das mulheres em comparação com os homens que historicamente dominaram o uso. Ainda, sobressai uma prevalência do consumo de novas substâncias psicoativas, tais como opioides e benzodiazepínicos, que apresentam novos desafios no tratamento de drogas e nas políticas públicas de drogas pelo potencial impacto na saúde, e que pode se tornar em epidemias, como o acontecido em países tais como Estados Unidos e Canadá, com as mais altas taxas de overdose na história do consumo de drogas com consequências sociais e para a saúde em longo prazo.

Na Argentina, o Primeiro Censo de Pessoas internadas por motivos de saúde mental (ARGENTINA, 2019b) – CNSM- contabilizou 12.035 pessoas internadas, de instituições públicas e privadas, com internação em saúde mental, psiquiatria e/ou usuários de substâncias psicoativas, e observou-se que 49% das pessoas se percebiam como homens e 45% como mulheres, não havendo informações de 5% das pessoas e, o restante, identificado com outros gêneros.

No caso do Brasil só existe informação até dezembro de 2014, e se carece de dados após 2015 (BRASIL, 2015). Nesse momento, os hospitais psiquiátricos no país somavam cerca de 25.988 leitos, e estavam indicados para descredenciamento do SUS a partir das avaliações do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria.

Os dados apresentados assinalam a premência de formulação de políticas em saúde mental, de caráter intersetorial e interdisciplinar, efetivas para as problemáticas psicossociais mais prevalentes.

A respeito das compreensões de saúde, na área de saúde mental, a concepção de saúde mental que orientou as práticas, imaginários e territórios, nos últimos 200 anos, estabeleceu a segregação entre os “normais” e os “anormais”, e a estigmatização desses últimos resultou em uma mudança que surgiu da criação recente do campo de saúde mental, em 1948.

Aconteceu, não casualmente, no mesmo período que foi proclamada a Declaração dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU), quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu um novo conceito de saúde, mais abrangente que o da saúde biológica. Nesse conceito, a saúde passou da ausência de doença ou invalidez, para um estado

de bem-estar completo, físico, mental e social (MARAZINA, 2011). Mudança significativa e valiosa para aquela época, por destacar componentes da saúde antes não visibilizados, porém, nos últimos anos, foi fortemente questionado por inserir um ideal no processo saúde-doença-cuidado, processo em que existem características dinâmicas e altamente dependente dos grupos sociais.

Em relação à atenção em saúde mental, a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, em Caracas, Venezuela, convocada pela OMS do ano 1990, marcou um momento histórico em nível continental e global. A partir dessa concepção, os cuidados em saúde mental deixaram de ser do âmbito exclusivamente médico para ser objeto de uma abordagem transdisciplinar, intersetorial e interinstitucional. Tal documento se consolidou com a Declaração dos Princípios de Brasília de 2005 e conseguiu plena ratificação aos 20 anos com a Declaração de Caracas por meio do Consenso de Panamá. Assim hierarquizou-se uma nova perspectiva interdisciplinar para os recursos humanos, em que os determinantes sociais e culturais, os direitos humanos e a inclusão social passaram a ter a sua relevância no âmbito da saúde mental.

A saúde mental pode ser compreendida como um aspecto vinculado ao bem-estar, à qualidade de vida, à capacidade de trabalhar e de se relacionar com os outros, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, equidade, enfim, qualidade de vida. Ainda mais, o conceito de saúde mental se vincula a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política (OMS, 2013; OPAS, 2017; ALMEIDA FILHO, 1999).

De acordo com a ampliação do conceito de saúde, foram promulgados documentos sobre saúde mental pelos diferentes organismos interacionais, desenvolvendo recomendações focadas na necessidade de que as pessoas portadoras de transtornos mentais possam exercer a totalidade dos seus direitos com a finalidade de alcançar o mais alto nível possível de saúde e a participação completa na sociedade, no âmbito laboral, sem estigmatizações nem discriminações.

A Lei Nacional de Saúde Mental (LNSM) foi a primeira política de saúde mental nacional da Argentina e significou a ruptura com o paradigma tutelar e o reconhecimento como sujeitos de direitos de todas as pessoas. Assim, sua principal função é evitar práticas que, de acordo com os informes dos relatores especiais da ONU sobre o direito à saúde e prevenção da tortura, podem se considerar, em determinados contextos, como atos cruéis, inumanos, degradantes e, inclusive, atos de tortura (BARCALA; CABRERA, 2015).

No Brasil, um dos principais objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) foi a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, a fim de evitar a internação em hospitais psiquiátricos e promover o respeito à cidadania da pessoa com transtorno mental, por meio da Lei. Isto posto, o novo modelo de cuidado foi pensado na perspectiva da reinserção social, privilegiando o convívio com a família na própria comunidade (BRASIL, 2001).

Millani (2008) identifica a cidadania como instrumento central de abordagem terapêutica e a meta a ser atingida pelo novo paradigma político, social, científico e assistencial que foi instituído pela RPB, processo ativo de ampliação da capacidade de todos, e de cada um, agirem de modo livre e participativo, o que permite e compõe a ideia de loucura não mais como defeito, falha ou desqualificação.

Desde uma conceituação positiva de saúde mental e uma perspectiva ampliada como expressão de saúde social, o conceito se torna objeto de uma perspectiva transdisciplinar e totalizadora, fora do âmbito dos programas de assistência (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999).

Assim, as reformas do campo da saúde mental apresentam como foco as intervenções e os trabalhos específicos, de maneira singular o trabalho interdisciplinar, e as equipes interdisciplinares, de maneira similar se apresentam à intersetorialidade como eixo principal dos objetivos propostos pelas reformas legislativas em saúde mental (TELLES, 2021).

Nesse sentido, assinala-se a necessidade de diversas disciplinas na abordagem dos problemas que permitam um olhar plural. A ciência não admite essa fragmentação disciplinar; no diálogo entre as diversas disciplinas pode se atingir a resposta às questões levantadas (TESTA, 2005; VILELA, MENDES, 2003).

Ainda mais, a interdisciplinaridade corresponde a uma nova etapa de desenvolvimento do conhecimento. Se trata de constatar um esforço para aproximar, comparar, relacionar e integrar os conhecimentos para atingir a compreensão de qualquer fenômeno social em um mundo complexo que exige análises mais integradas.

Por outro lado, a intersetorialidade contribui na ampliação da compreensão dos objetivos da reforma psiquiátrica, em que as transformações se restringiram ao modelo assistencial, para se deslocar à transformação do lugar social da loucura na nossa tradição cultural (AMARANTE, 2012).

Segundo Akerman et al (2014), a intersetorialidade é um dos temas mais comentados na gestão pública. A intersetorialidade, ou a articulação de diferentes setores, é um dispositivo para propiciar encontros, escuta e alteridade, além de ajudar a explicitar interesses divergentes, tensões e buscar (ou reafirmar a impossibilidade de) convergências possíveis.

Espera-se também que possa evitar duplicidade de ações e buscar integrações orçamentárias para projetos prioritários, articular recursos, ideias e talentos, ou seja, a intersectorialidade como dispositivo para melhorar a eficiência, a efetividade e a eficácia da gestão pública. Os autores promovem o questionamento sobre o papel do Estado e a capacidade desse dispositivo de gestão de aumentar as oportunidades de quem está excluído (AKERMAN et al, 2014)

Desse modo, esse artigo tem como objetivo analisar as políticas de saúde mental da Argentina e Brasil desde a perspectiva intersectorial e interdisciplinar, no período de 2010 a 2019. Para cumprir com esse objetivo serão descritas as características destas políticas com suas similaridades e diferenças, e comparados os modelos de atenção de saúde mental propostos.

METODOLOGIA

Este estudo utilizou o método comparativo (LAKATOS, 2003 p. 107). Por intermédio de tal método se analisam as políticas públicas de saúde mental da Argentina e Brasil, com o intuito de deduzir os elementos constantes, abstratos e gerais.

Uma condição fundamental para a realização de pesquisas comparativas é a consideração de duas sociedades próximas no tempo e no espaço, procurando simultaneamente suas semelhanças e diferenças (BLOCH, 1980 apud MARAZINA, 2011).

Argentina e Brasil são países próximos geograficamente, com uma fronteira comum, apresentam uma condição geopolítica que unifica ambos os países, sendo parte do grupo de países chamados de “países em desenvolvimento” e de “países emergentes” caracterizados por uma relação de subordinação econômica aos interesses dos países capitalistas centrais.

Inicialmente, realizou-se uma revisão bibliográfica para a aproximação em relação à temática, tendente a identificar a informação pertinente às políticas de saúde mental na Argentina e Brasil, desde a perspectiva da intersectorialidade e a interdisciplinaridade.

A coleta de dados foi efetuada em *sites* que reúnem legislação sanitária, de portais oficiais e outros não oficiais, mas especializados na área, de ambos os países, ao longo dos meses de dezembro de 2020 até abril de 2021.

Dentre o período 2010-2019, foram escolhidas 13 normativas para a Argentina e 6 para o Brasil. Entre elas, se identificam diferentes documentos tais como leis, portarias, decretos e resoluções.

Dentre os critérios de inclusão o primeiro foi o eixo de tempo-espço das normativas. Selecionou-se normativas de caráter nacional, aspecto importante por se tratar, no caso da Argentina, de um sistema de saúde fortemente fragmentado e descentralizado que direciona de forma predominante para que cada jurisdição provincial a coordenação regulatória e financeira das normativas em saúde e, portanto, dos sistemas de saúde que adquirem características próprias de acordo como o jogo de poder dominantes nas diferentes jurisdições.

O aspecto temporal que orientou a seleção de legislações dentre o conjunto geral de dados foi o eixo temporal composto pelo período 2010-2019, escolhido pelas normativas que reconfiguraram as políticas de saúde mental em ambos os países e as suas conjunturas sociopolíticas.

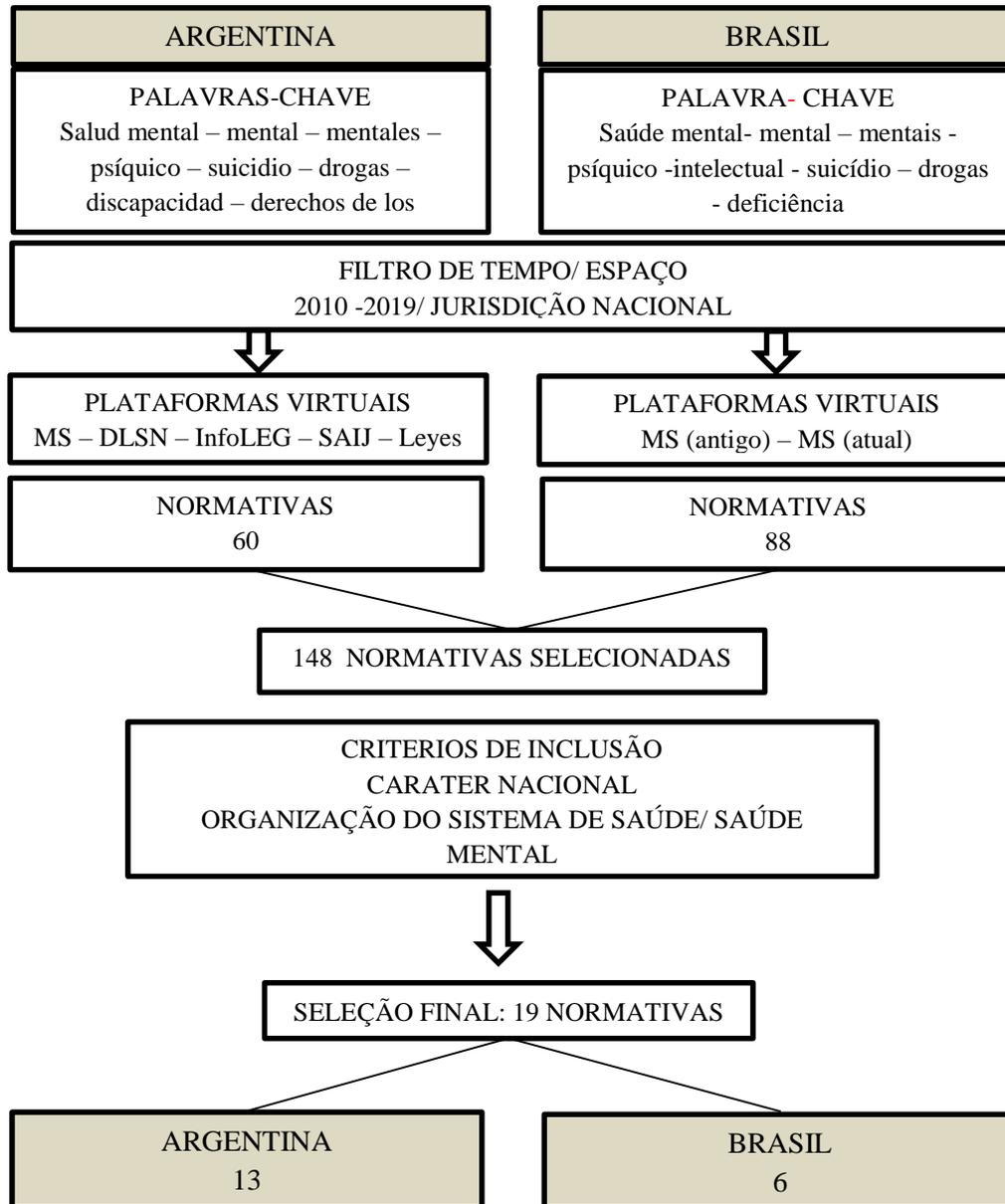
Um segundo critério utilizado foram as características organizativas do setor de saúde mental.

Enfim, o caráter intersetorial/interdisciplinar dos serviços de saúde mental constituiu o último critério de inclusão das legislações estudadas.

Com objetivo de tornar mais organizada a exposição das fontes, foi elaborada uma codificação que se anexa ao presente estudo (Anexo).

No Fluxograma n° 1, representa-se a busca do resultado e seleção das normativas, para ambos os países.

Fluxograma 1: Busca e seleção da legislação da Argentina e Brasil, no período 2010-2019



Fonte: elaboração própria.

RESULTADOS

Tanto na Argentina quanto no Brasil, a legislação estudada se refere a, pelos menos, duas políticas que coincidiram com dois governos distintos, se refletindo em modelos de atenção que se afastam do paradigma dos direitos humanos baseado na abordagem intersetorial e interdisciplinar.

Do período maior estudado, 2010-2019, dividiram-se eixos temporais compostos pelos subperíodos 2010-2015 e 2016-2019.

O primeiro subperíodo foi de avanços, conquistas e expansão de direitos, já o segundo caracterizou-se por retrocessos no que respeita às políticas sociais, particularmente às políticas de saúde. Essas características responderam, no primeiro caso, a governos que focaram em políticas sociais que visaram garantir direitos fundamentais e, o segundo período, se relacionou com políticas de ajuste e recorte de garantias constitucionais, similar conjuntura em ambos os países.

Até 2010, a Argentina não tinha uma política nacional de saúde mental. Os primeiros anos foram de institucionalização da saúde mental no país, para depois do ano 2016, com a mudança do governo, retroceder em aspectos referidos à intersetorialidade, interdisciplinaridade, e o funcionamento de dispositivos comunitários de atenção à saúde mental. No entanto, o retrocesso avança camuflado nos documentos formais constituídos pelas normativas estudadas, mas não por isso menos identificado: manter o compromisso com o marco normativo na formalidade, introduzindo mudanças que desvirtuam as funções de órgãos e que impedem a execução de ações, conforme a lei, na prática.

No Brasil, o marco das políticas pós-Reforma Psiquiátrica Brasileira é a lei nº 10.216, conhecida como “Lei Paulo Delgado”. Por encontrar-se localizada temporalmente fora do período estudado, tal normativa não será discutida em detalhes neste trabalho de pesquisa, no entanto, os conteúdos dela promovem a discussão por meio das categorias estudadas e se encontra profundamente vinculada aos resultados atuais.

Destaca-se também que o período de institucionalização do campo da saúde mental do Brasil, com as legislações que subsidiam esse processo também não foram contempladas no estudo, por se localizar em anos anteriores ao período estudado, que inicia a partir do ano de 2010 junto com uma crescente discussão acerca da intersetorialidade, segundo Romagnoli et al (2017) em consonância com as transformações no conteúdo das políticas de saúde mental que promovem uma abordagem intersetorial e interdisciplinar das problemáticas.

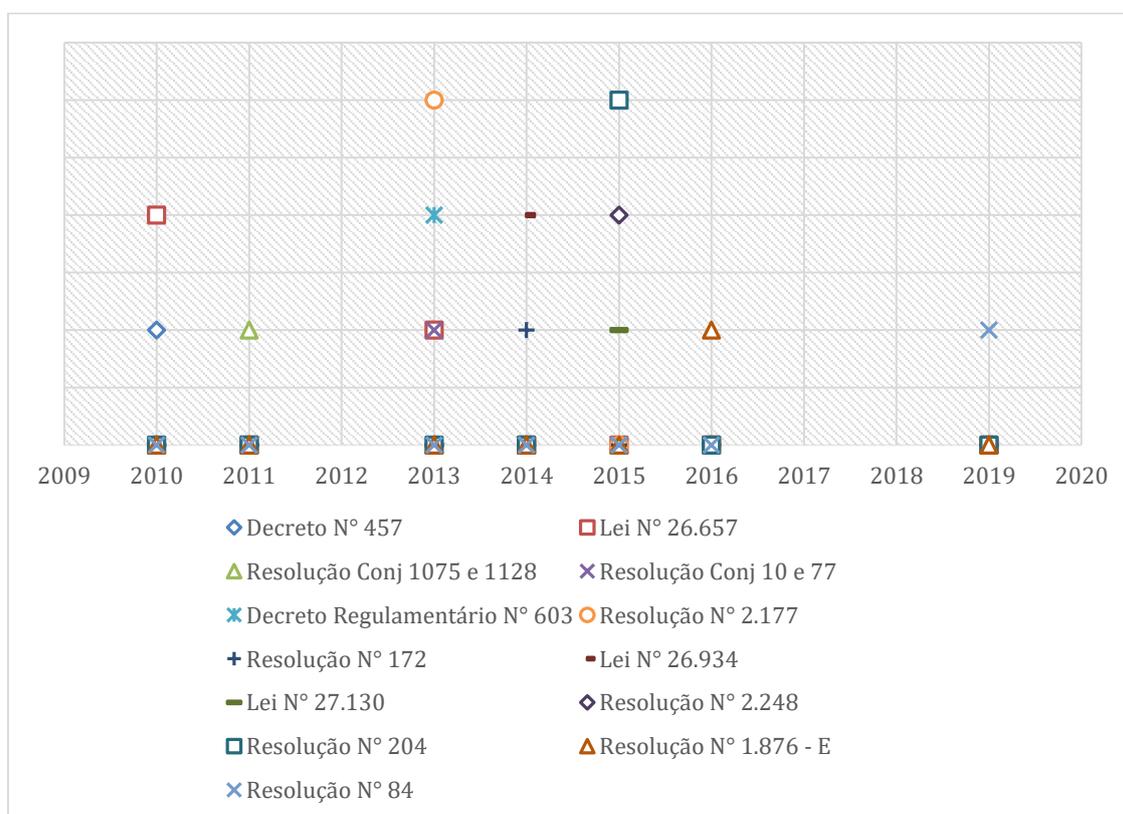
O primeiro subperíodo estudado caracterizou-se por uma proporção pequena de legislações brasileiras de caráter intersetorial e interdisciplinar, contudo as legislações representaram conquistas no campo da saúde mental e um importante avanço na expansão dos serviços substitutivos ao manicômio.

Já no segundo subperíodo, os retrocessos coincidiram em temporalidade e com igual modalidade que na Argentina de debilitar órgãos e dispositivos e reativar velhos dispositivos de lógicas manicomial, representando uma involução na área da saúde mental.

Políticas de saúde mental da Argentina

Analisando os documentos selecionados, observa-se que existe uma distribuição regular das normativas que contemplam a abordagem intersetorial e interdisciplinar da atenção da saúde mental na Argentina, ao longo do período de 2010-2019, como exposto na continuação no Gráfico N° 1.

Gráfico 1. Linha do tempo de legislações, na Argentina. Período 2010-2019



Fonte: elaboração própria.

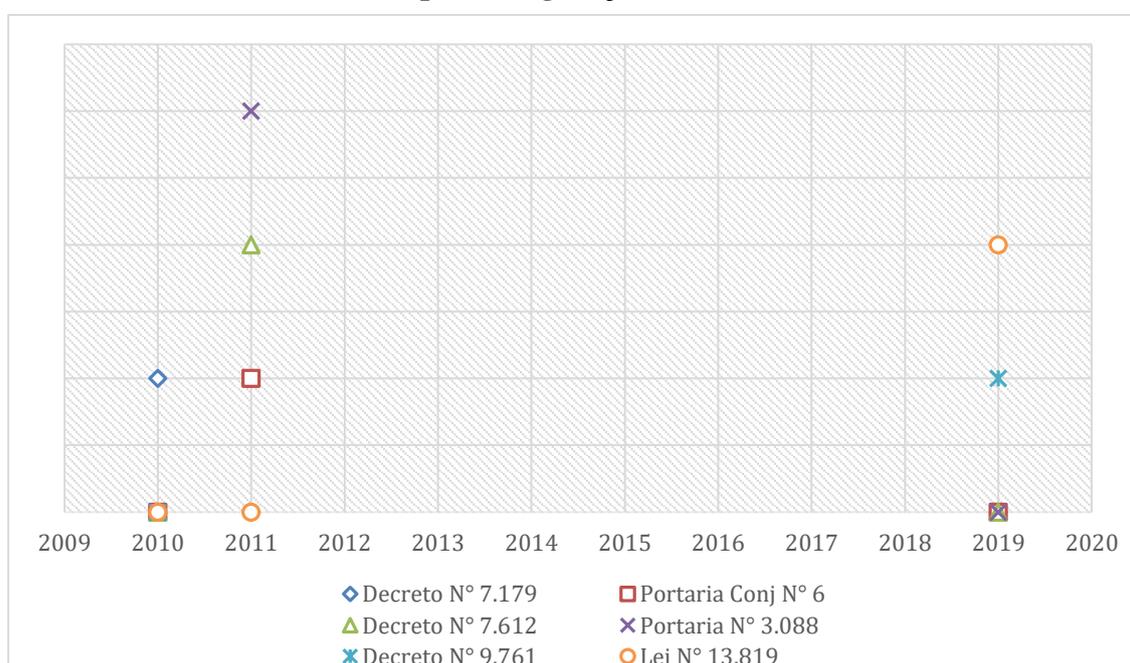
Políticas de saúde mental do Brasil

Os anos de 2010 e 2011 congregam as normativas mais importantes para as políticas de saúde mental, de caráter interdisciplinar e intersetorial, no Brasil, no período estudado, uma vez que a principal legislação sobre a saúde mental, a Lei 10.216, data do ano de 2001, fora do escopo dessa pesquisa.

Logo em seguida, legislações de relevância para o campo da saúde mental brasileira, foram promulgadas tais como a regulamentação da atuação dos CAPS sancionou-se pela portaria n° 336, do Ministério da Saúde, ano de 2002, que estabeleceu três modalidades de CAPS (I, II e III), diferenciando-os pela abrangência populacional, nível de complexidade e estabelecendo, inclusive, financiamento específico para o funcionamento independente da estrutura hospitalar, com estrutura física e equipes próprias. Além da portaria, é importante citar Programa “De Volta Para Casa”, também desse período, que fornece auxílio aos pacientes institucionalizados que conseguem deixar o espaço hospitalar-asilar (JESUS; COELHO, 2015; KORIN, 2019)

Observou-se, portanto, um espaço de oito anos entre os decretos e portarias que delineiam uma política nacional até a Lei N° 13.819 e o Decreto N° 9.761 que, ainda contemplando a abordagem interdisciplinar e intersetorial, vai buscar retroceder em alguns pontos importantes da legislação anterior, conforme se verá a seguir.

Gráfico 2. Linha do tempo das legislações, no Brasil. Período 2010-2019



Fonte: Elaboração própria

Aproximações entre as políticas de saúde mental de Argentina e Brasil

À vista das especificidades de cada uma das políticas em saúde mental, pode-se descrever as similaridades e diferenças e assinalar os modelos de atenção à saúde mental da Argentina e Brasil, ao longo do período 2010–2019, presente nos documentos estudados.

Em ambos os países se destacam normativas operacionais diretivas tais como planos e programas. No caso da Argentina, existem também políticas nacionais e regulamentações das leis, um organograma da administração pública, um marco de referência teórico e entre as legislações brasileiras, a organização de uma rede de atenção

Dentre os 13 documentos estudados da Argentina, existe uma grande proporção de normativas dedicadas, de modo geral, à atenção do sofrimento mental e de problemáticas relacionadas com o uso de drogas lícitas e ilícitas, característica que também se apresenta nas legislações estudadas no Brasil.

As cinco primeiras normativas do período estudado na Argentina, orientaram-se à institucionalização da saúde mental e à abordagem dela, sendo que esse processo se consolidou em um período de tempo anterior ao estudado para o Brasil.

Órgãos públicos e setores sociais envolvidos na formulação e implementação de políticas

Sobre os órgãos que formularam as políticas na Argentina, encontra-se a atuação predominante do Ministério de Saúde (A.SM.AR18, A.SM.DM.25, A.SM.R.29, A.SM.R.35) ou Secretaria de Saúde (A.SM.R.53); Ministério da Saúde em conjunto com Ministério de Justiça e Direitos Humanos (A.SM.RC8, A.SM.R14), e em menor medida da SEDRONAR (A.SM.R.26, A.SM.R.19), do Congresso nacional (A.SM.L3, A.SM.L.20, A.SM.L.23) e do Poder Executivo (A.SM.D2, A.SM.DR15), que também atuam na implementação, destacando-se o Conselho Federal de Saúde (COFESA) para a efetivação nas províncias. Para o Brasil tem-se como responsável da formulação principalmente a Presidência da República (B.SM.D.4, B.SM.D.9, B.SM.D.79, B.SM.L.80), e de igual maneira que a Argentina, o Ministério de Saúde (B.SM.PC.5, B.SM.P.10).

Quanto aos setores sociais envolvidos na formulação, na maioria dos casos e em ambos os países, a informação no corpo textual é escassa, só no referente à construção de um plano (A.SM.R18) destaca-se a participação de atores da sociedade civil, organizações sociais, expertos nacionais, docentes e pesquisadores de universidades e institutos nacionais, conselhos, e associações nacionais de profissionais. Destaca-se a existência de órgãos como os Conselhos de Saúde com suas comissões ou grupos de trabalho (GT) de saúde mental e as Conferências

de Saúde Mental no Brasil, como instancias de participação com a função de orientar na construção de políticas, mas se torna escassamente explícita no corpo textual das normativas.

Por outro lado, a informação da participação social, expressa nas legislações, na implementação das normativas argentinas é mais consistente, destacam-se também as redes da sociedade civil, as associações de usuários e familiares, de profissionais e outros trabalhadores da saúde, sindicatos e organizações não governamentais de defesa dos direitos humanos.

No caso do Brasil, enfatiza-se a participação da sociedade civil na implementação, junto com os conselhos de políticas públicas. Assim sendo, sobressai a participação dos usuários e a sua família.

Incumbências profissionais

As incumbências profissionais das políticas se alinham com os objetivos de cada uma das normativas, prevalecendo as destinadas à prevenção, tratamento ou atenção psicossocial articulada e integrada dos pontos de atenção das redes de saúde (RAPS), recuperação, integração social e capacitação a serem desenvolvidas pelas equipes interdisciplinares, sem maior especificidade. Existem ainda, incumbências relacionadas com a regulação do percurso pedagógico de âmbitos acadêmicos e interdisciplinares que formam profissionais. Para o Brasil, a formação em áreas estratégicas do SUS e a melhora da qualidade de dispositivos de assistência de saúde mental (B.SM.PC.5).

Nessa linha, tem-se também a promoção do exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência (B.SM.D.9).

Para a Política Nacional Sobre Drogas (B.SM.D.79), ainda destaca-se incumbências não só de redução da demanda, mas de gestão da política e redução da oferta.

Público-alvo das normativas

De modo similar, em ambos os países, o público-alvo é a sociedade toda, as pessoas com sofrimentos mentais e com necessidades decorrentes do uso de drogas, principalmente os grupos de maior vulnerabilidade, o grupo populacional de crianças, adolescentes e jovens, redes vinculares e comunidades, profissionais da saúde mental e gestores.

De modo específico nas normativas que atendem as problemáticas relacionadas, como o suicídio, o público-alvo são aquelas pessoas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativas de suicídio, familiares e pessoas próximas à vítima. E no Plano Viver sem Limite (B.SM.D.9) o público-alvo se compõe pelas pessoas com deficiência.

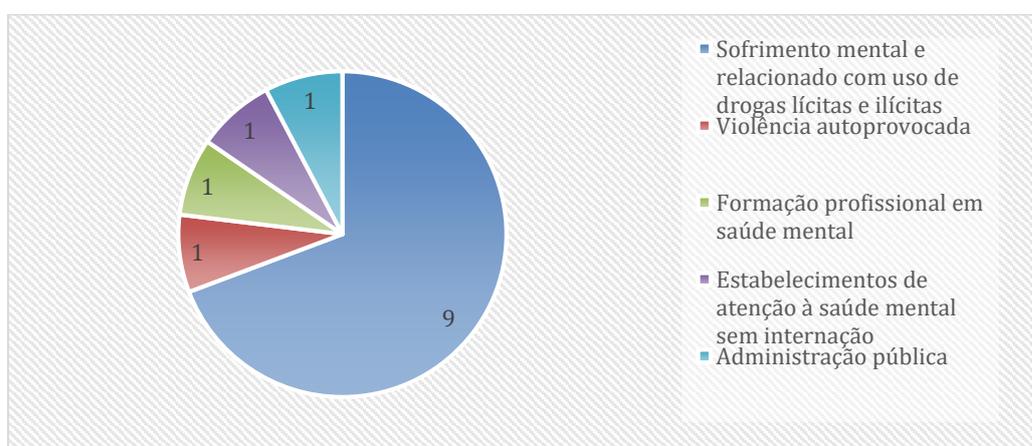
Problemáticas psicossociais abordadas

Dentre as categorias operacionais do primeiro objetivo deste estudo, destacam-se nas normativas argentinas, as problemáticas psicossociais (Gráficos 3 e 4) relacionadas à atenção primária da saúde mental e uso “problemático” ou “nocivo” de drogas, situação de vulnerabilidade e riscos psicossociais relacionados com o uso de drogas, assim como a problemática do suicídio e as violências autoprovocadas, e a formação de profissionais no serviço público de saúde como cenário de prática. No último caso, destina-se a equipes de profissionais formados em saúde mental na Argentina (A.SM.DM.25), sendo que no Brasil a formação é para estudantes de graduação (B.SM.PC.5).

Tanto na Argentina, quando no Brasil, existem normativas que modificam a administração pública como a criação, no primeiro caso, de um novo órgão (A.SM.D2), e no segundo, de uma rede de atenção integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção (B.SM.P.10).

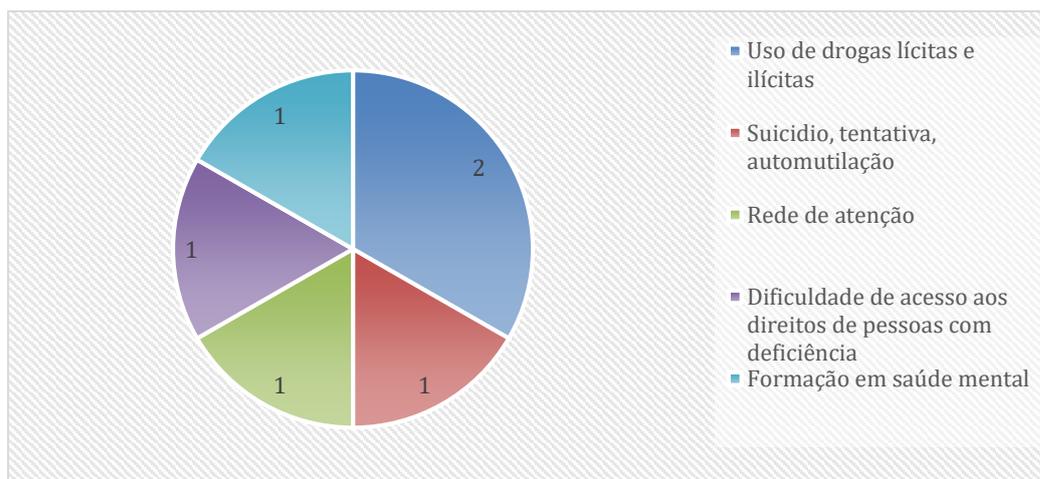
Por outro lado, para o Brasil tem-se uma normativa que legisla sobre os direitos das pessoas com deficiência (B.SM.D.9).

Gráfico 3. Problemáticas psicossociais abordadas em normativas argentinas de SM



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 4. Problemáticas psicossociais abordadas em normativas brasileiras de SM



Fonte: Elaboração própria.

Vínculo Institucional

A categoria operacional que forneceu menos informação foi a categoria definida como “Vínculo Institucional” orientando sobre a execução de ações em hospitais gerais no que tange às internações em saúde mental, ponto de especial regulação na LNSM (A.SM.L3), assim como as ações nas instituições carcerárias (A.SM.RC8; A.SM.R14), identificou-se também a orientação geral de realizar abordagem interinstitucional sem especificar instituições (A.SM.L.23). As normativas do Brasil estudadas não orientam sobre essa questão, somente identificou-se a diretriz do trabalho coordenado entre o setor da saúde com os setores educativo, de assistência social, e de trabalho responsáveis pelas ações de inclusão social, laboral e de atenção de saúde mental e comunitária, mas sem especificar vínculo institucional (B.SM.D.79).

Intersetorialidade

Sobre o caráter intersetorial das normativas na Argentina, existe coordenação do setor saúde com o setor educativo, de assistência social, de trabalho e da economia social e solidária (A.SM.R.26). Assim como do setor saúde e o setor judiciário, de defesa pública (A.SM.RC8), tanto como a coordenação do setor saúde com o setor cultura (A.SM.R.19). Além disso, existe a coordenação entre setor saúde e desenvolvimento social (A.SM.L.20). Em outros casos, as normativas não especificam o caráter intersetorial, ou não se determina qual tipo de articulação intersetorial se refere.

Para o Brasil, tem-se o caráter intersetorial compondo a gestão das políticas, o monitoramento e a regulação do funcionamento das instituições de atenção integral (B.SM.D.4), assim também se destaca no texto das normativas, que regulam a prevenção das problemáticas, assistência e reabilitação social (B.SM.L.80; B.SM.D.79; B.SM.P.10).

O caráter intersetorial envolve setores tais como saúde, educação, comunicação, imprensa, trabalho, economia solidária (B.SM.PC.5; B.SM.P.10; B.SM.L.80).

Da mesma maneira, pode se identificar que, na narrativa das legislações, existe uma escassa articulação de órgãos, especificamente definidos nos documentos, na formulação e na implementação de políticas em saúde mental, isto é, convênios e parcerias entre órgãos públicos.

Interdisciplinaridade

Similarmente, em ambos os países existem uma composição de caráter interdisciplinar das equipes dos dispositivos de atenção da saúde mental e dos sofrimentos relacionados com o uso de drogas. Prevê-se a abordagem interdisciplinar, privilegiando a continuidade dos cuidados por meio da avaliação, tratamento e reabilitação e reinserção social, a promoção da inclusão dos recursos humanos não convencionais, fazendo parte de uma nomina profissional mais ampla e diversa de acordo como o apoio requerido nos diferentes dispositivos de atenção, as necessidades e as particularidades da população (A.SM.DR15; A.SM.R.35). No entanto, a composição dessas equipes interdisciplinares ou multiprofissionais em poucos casos é explicitada, ainda se assinala que as profissões elencadas não são taxativas, dentre elas destacam-se profissões das seguintes áreas: psicologia, trabalho social, psiquiatria, enfermagem em saúde mental e de outras disciplinas tais como kinesiologia, psicopedagogia, e de recente surgimento como terapia ocupacional e musicoterapia e oficinas (A.SM.R.35; A.SM.DM.25).

Encontra-se também a característica interdisciplinar na capacitação, a articulação das ações dos diferentes sistemas como o SUS, o SUAS, e o SUSP (B.SM.D.79)

No entanto, destaca-se a interdisciplinaridade como um dos aspectos mais resistidos nas mudanças que introduzem as recentes normativas. Em algumas normativas, o trabalho interdisciplinar não está incluído e se focaliza de maneira exclusiva na intersetorialidade.

DISCUSSÃO

O presente estudo de pesquisa debruçou-se sobre o caráter intersetorial e interdisciplinar das políticas em saúde mental formuladas nos países de Argentina e Brasil, no período de 2010-2019. O intervalo de tempo articula-se com a promulgação de legislações internacionais, tal como a Conferência Regional de Saúde Mental de Panamá de 2010, e nacionais, especificamente a LNSM (ARGENTINA, 2010) e o Relatório Final da IV Conferência de Saúde Mental-Intersectorial no Brasil (BRASIL, 2010), que introduziram reformas na área de saúde mental, priorizando as abordagens de caráter intersectorial e interdisciplinar.

Os resultados da presente pesquisa atualizam e complementam os estudos de pesquisas comparativas realizadas sobre políticas públicas de saúde mental da Argentina e do Brasil (MARAZINA, 2011; KORIN, 2019)

Tanto a Argentina quanto o Brasil reconhecem o acesso à saúde como um direito de todos os cidadãos (BRASIL, 1988; ARGENTINA, 1994). Entretanto, as políticas de saúde na Argentina respondem a um modelo de seguro social (TOBAR, 2008), sendo que, no caso do Brasil, respondem a um modelo de seguridade social (FLEURY, 2012), modelo atingido no período da Nova República transpondo a concepção de saúde como um direito trabalhista para alcançar a hierarquia de direito de todos os cidadãos (BERTOLOZZI, GRECO, 1996; CABRAL, DAROSCI, 2019).

No entanto, no sistema de saúde brasileiro coexiste o setor público representado pelo SUS, e um setor em contínuo crescimento abarcando cerca de 1/3 da população brasileira, o setor privado (MONTEKIO et al, 2011) por causa disso pode se dizer que não há setor único, ainda que o acesso ao subsistema de saúde privado não exclui o acesso ao SUS que é universal.

Assim, tem-se os sistemas de saúde dos ambos os países caracterizados pela fragmentação, menor no Brasil, mas em contínuo crescimento. A elevada porcentagem populacional que acessa aos serviços de saúde por meio de seguros (Argentina) e planos de saúde (Argentina e Brasil) permitem pensar que o setor público de saúde não contempla as necessidades nem as demandas da população geral, o que põe em evidência a exclusão social, como a impossibilidade de realizar plenamente a condição humana (BERTOLOZZI, GRECO, 1996), fenômenos próprios de governos que se caracterizam pela dissolução da responsabilidade de construir direitos de saúde para o cuidado da população e menos pela multiplicidade de atores (TOBAR, 2017), e de práticas cotidianas fortemente relacionadas com o consumo acrítico de bens e serviços.

Dentre os resultados mais relevantes, destaca-se uma produção legislativa maior na Argentina, após a promulgação da LNSM, e uma produção significativamente menor, no Brasil, após de mais de 10 anos de sancionada a sua lei nacional de saúde mental, no ano 2001. Assim,

a sanção das normativas selecionadas apresenta uma sequência regular na Argentina, e encontram-se polarizadas nos anos 2010-2011, e no ano 2019 para o Brasil.

Salienta-se, para ambos os países, normativas caracterizadas como operativas tais como planos e programas, orientadas à atingir objetivos e metas específicos por meio da abordagem de aspectos definidos, por meio de operações de execução, de um problema e em áreas de atuação e em tempo e lugares determinados, e em menor medida normativas que congregam decisões estabelecendo o percurso de atuação, baseado em valores, informação e evidencia, para a abordagem de um problema ao longo prazo (CARVALHO, 1978; OPAS, 2021). No entanto, não foram identificadas orientações mais específicas que, por exemplo, propiciem vínculos institucionais e interinstitucionais, e veiculem esses objetivos e metas específicos o que se torna chamativo pelo caráter operativo e estratégico das normativas, por sua vez, esse desfecho se destaca à vista caráter intersetorial e interdisciplinar das políticas de saúde mental, recorte temático proposto pelo presente estudo.

Particularmente, Argentina evidencia um modelo de atenção que, no que tange as legislações, não se encontra organizado em redes de serviços comunitários de saúde mental como dispositivos substitutivos aos manicômios, como representado pelas RAPS nas normativas brasileiras (B.SM.P.10). De acordo com o conteúdo das normativas estudadas, não parece se priorizar a expansão de serviços comunitários, ainda que a LNSM vise reconhecer as pessoas com sofrimentos mentais como sujeitos de direito e promover a cidadania (BARCALA, CABRERA, 2015).

Nesse sentido, a RPB teve uma expansão de serviços comunitários de crescimento contínuo ao longo dos anos, ainda não tendo conseguido uma distribuição equitativa nas diferentes regiões do país (TELLES, 2021). Em linha com a legislação, o novo modelo de cuidado em saúde mental foi pensado na perspectiva da reinserção social, privilegiando o convívio com a família na própria comunidade (BRASIL, 2001).

Existe similitude de problemas psicossociais abordados, como o uso de drogas lícitas e ilícitas, a violência autoprovocada e a formação profissional, se destacam também a promoção, no plano discursivo, de dispositivos de atenção que desmotivam a internação. Dessa maneira, as problemáticas abordadas respondem às necessidades identificadas ao nível mundial (OMS, 2017; OPAS, 2009; OEA, 2019).

Nesse sentido, as legislações que atendem à necessidade de profissionais capacitados para operar dentro de novas estratégias, alinham-se com a desconstrução do modelo manicomial fortemente arraigado nos profissionais e no senso comum, e segundo Hirdes (2009), são as medidas mais urgentes para a consolidação da nova política de saúde mental, uma vez que, as

mudanças no nível de reformulação do modelo de assistência não se darão apenas por meio de medidas de cunho legislativo.

Por um lado, tem-se a intersectorialidade como um dos temas mais comentados na gestão pública (AKERMAN et al, 2014), aspecto que se deriva das principais normativas que regulam a saúde mental (BRASIL, 2001; ARGENTINA, 2010). No entanto, em ambos os países, a sua presença em normativas subsequentes não está representada, não conseguindo traduzir o espírito das legislações principais.

A respeito disso, destaca-se que foram seleccionadas somente 19 normativas de um total de 148 legislações em saúde mental, no período de 2010-2019, o que refletiria na eficácia, efetividade e a eficiência da gestão pública das normativas em saúde mental, e nas oportunidades de quem está excluído indicando aparelhos de cuidado de saúde mental culturalmente pouco sensíveis e que continuam se restringindo ao modelo assistencial sem priorizar a transformação do lugar social da loucura (AKERMAN et al, 2014; ALMEIDA FILHO, COELHO E PERES, 1999; AMARANTE, 2012) nem a relação dinâmica entre os determinantes sociais, o sujeito e seu contexto histórico e cultural e as relações de poder (SMOLEN, 2016; MORA-RIOS, BAUTISTA; 2014).

Nesse sentido, pode se pensar que a estratégia prática de desinstitucionalização e a consequente criação de serviços substitutivos comunitários, que promove a ruptura com o paradigma clínico e a segregação das pessoas adoecidas e, a sua vez, a reconstrução do cuidado na comunidade (HIRDES, 2009; STOLKINER, 2011; BARCALA, CABRERA 2015; AMARANTE, 2012) torna-se obstaculizada se as relações de poder entre os setores, as instituições e os sujeitos continuam recebendo uma atenção insuficiente, como expõe a análise de uma escassa articulação intersectorial, principalmente focada na abordagem setorial da área da saúde e assistencial, representado pelo médico, e em menor medida por setores relacionados à inserção social, laboral e cultural.

Na mesma linha, pode se identificar que existe uma exígua articulação de órgãos na formulação de políticas em saúde mental, o que se complementa com a insuficiente articulação de órgãos na implementação das legislações o que permite pensar que a ação intersectorial torna-se uma testagem de hipóteses na realidade social sem diretrizes definidas. Ao respeito disso, Akerman, M. et al (2014) e Galende (2013) apontam a necessidade de se construir uma agenda de pesquisa que favoreça aportes teóricos para que a ação intersectorial possa se constituir em uma prática de governo.

Assim sendo, nota-se que são utilizados os termos interdisciplinar, multiprofissional e transdisciplinar de forma semelhante. A respeito disso, cabe destacar que uma equipe pode se

constituir de maneira multiprofissional e não desenvolver uma abordagem interdisciplinar nem transdisciplinar, no sentido colocado por Vilela e Mendes (2008), como a interação existente entre duas ou mais disciplinas na qual cada uma é modificada resultando em enriquecimento recíproco e na transformação de suas metodologias de pesquisa e conceitos, no primeiro caso, ou transdisciplinar como sendo o nível superior da interdisciplinaridade, em que desaparecem os limites entre as diversas disciplinas.

Pelo antes dito, parece difícil atingir aquele nível de cooperação nas práticas orientadas pelas normativas estudadas. Vale destacar que os documentos carecem de instrumentos que tornem operativa a prática cotidiana dessas equipes interdisciplinares o que pode obstaculizar o objetivo de que as disciplinas dialoguem para atingir as respostas aos problemas complexos da saúde (CARVALHO, 1978; OPAS, 2021; TESTA, 2005; VILELA, MENDES, 2008), apenas se regula um marco geral para seu funcionamento (B.SM.PC.5; A.SM.DM.25).

À visto do exposto, torna-se preocupante tal ausência pelo fato de que as reformas apresentam como foco as estratégias e os trabalhos específicos, particularmente o trabalho interdisciplinar (SILVA, G. M, et al; SAMPAIO et al, 2011).

Portanto, é premente que o os esforços tendentes à desconstrução do modelo baseado na lógica manicomial e a consolidar a abordagem interdisciplinar (HIRDES, 2009), assim como orientados à dar respostas adequadas às necessidades decorrentes de uma realidade de transição demográfica e epidemiológica (MENDES, 2010; TEXEIRA, *et al* 1998, OMS, 2017; OPAS, 2009; OEA, 2019), sejam conduzidos por políticas sólidas que, ao mesmo tempo, possam se traduzir, de acordo com Carvalho (1978) em projetos técnicos-administrativos para a execução de atividades que contemplem as dificuldades nas práticas cotidianas dos profissionais envolvidos e evitem a alienação da vida cotidiana dos indivíduos, sendo a última a base de todas as reações espontâneas dos homens ao seu ambiente social (HELLER, 2004, p17).

Destaca-se que a integração entre as disciplinas deve se realizar não só no nível das disciplinas, mas entre os membros da equipe, porque o saber não é suficiente para saber fazer, como apontado por Garcia (1990), isto é, a abordagem interdisciplinar se relaciona com aberturas conceituais e perceptivas relacionadas com vínculos e emoções mais do que com vontades, assim entram em jogo tanto identidades profissionais quanto pessoais (STOLKINER, 1999).

Nesse contexto, diversas pesquisas apontam para a difícil tarefa que é a implementação efetiva das propostas das reformas em saúde mental. Além disso, a condição de ser políticas recentes pode ocasionar consequências que fazem parte da realidade do trabalho em saúde de uma forma geral, como: condições precárias de trabalho; falta de materiais e equipamentos;

dimensionamento inadequado de pessoal que gera sobrecarga de trabalho; baixa remuneração com vínculos empregatícios precarizados; e falta de capacitação profissional (COELHO et al., 2015; OLIVEIRA; ALVES; MIRANDA, 2009; SILVA et al., 2012; ROMAGNOLI *et al*, 2018).

Diante disso, destaca-se a importância de que, à luz das importantes mudanças que introduzem as legislações decorrentes dos novos paradigmas nas práticas profissionais, sejam revisadas as questões trabalhistas e os a regulação dos vínculos dos profissionais.

Ao mesmo tempo, apresentam-se normativas que não se constituem no objeto desse estudo por não apresentar o caráter intersetorial nem interdisciplinar (B.SM.R.46; B.SM.P.48; B.SM.ED.59; B.SM.P.65; B.SM.P.71; B.SM.NT.74) mas que tem modificado a essência de legislações estudadas, como as legislações que regulam a rede de atenção psicossocial e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas (B.SM.P.10; B.SM.D.4), entrando em cena novamente instrumentos e dispositivos asilares e abordagens restritivos como o de abstencionismo na atenção às pessoas com sofrimentos relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas, sendo que outra (B.SM.NT.74) teve o destino da revogação tendo motivado o repúdio coletivo o que parece ser resultado de discussões mais solidas sobre os horizontes das políticas em saúde mental e as práticas de cuidado nos serviços substitutivos (AMARANTE, 2012; CALDAS DE ALMEIDA, 2019; CABRAL, DAROSCI, 2019).

Situação semelhante aconteceu na Argentina e foi assinalada por diversos autores (FERREIRA, STOLKINER; ALMEIDA et al, 2017) com o surgimento de mudanças desde o ano 2016, manifestadas pela falta de convocatória dos órgãos criados pela lei que regulamentou a LNSM (A.SM.DR15), da carteira nacional (Direção Nacional de Saúde Mental), para a gestão das ações do setor de saúde mental. Assim sendo, foram identificadas a iniciativas que, ainda dispondo uma abordagem interdisciplinar, privilegiam novamente a figura do médico (A.SM.R.35), em clara oposição à responsabilidade compartilhada pelas funções que indica a LNSM (A.SM.L3).

Por outro lado, se perde o caráter intersetorial com o deslocamento da CoNISMA desde a Chefia de Gabinete de Ministro para o Ministério de Saúde, por meio do decreto N°1053/2016 (ARGENTINA, 2017) deixando novamente as problemáticas de saúde mental e adições sob responsabilidade do setor saúde e obstaculizando o trabalho em conjunto com outras pastas ministeriais. Fato que foi recolocado com o recente decreto N° 426/2021.

Ainda mais, existe uma clara oposição à participação comunitária na construção de políticas, pela criação de uma comissão, composta de forma discricional, que substitui o órgão de caráter participativo (A.SM.R.43).

Assim, as mudanças antes expostas configuraram retrocessos para a saúde mental tanto na Argentina quanto no Brasil constituindo ameaças para as políticas de saúde mental (FERREYRA, STOLKINER, 2017, AMARANTE, 2012; CALDAS ALMEIDA, 2019; CABRAL, DAROSCI, 2019, LUSSI, 2019; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Os retrocessos elencados representam a tensão constante entre grandes interesses corporativos e profissionais existentes na área da saúde mental por manter as hegemonias, e a resistência à transformação das relações de poder entre as instituições e os sujeitos, já que as estratégias em saúde representam deslocamentos de poder que tornam-se favorável a determinados setores e não a outros, independentemente de ser ou não favorável à resolução dos problemas de saúde como problemas sociais (TESTA, 1992).

Nessa linha, se torna compreensível a resistência em criar normativas que regulamentem leis consagradas, mas inoperantes, como o Plano IACOP (A.SM.L.20) que contribui para a fragmentação das respostas frente ao problema dos consumos problemáticos de substâncias, com a contraposição de leis vigentes, especificamente, com a lei N° 23.737 de 1989, que ainda não foi derogada apesar de ter sido declarada parcialmente inconstitucional pela criminalização do uso de drogas.

Similarmente, a lei argentina N° 26.934/2019 que, depois de mais de 20 anos, regulamenta um aspecto da lei sancionada no ano 1997 (A.SM.R.53).

Sendo que, no Brasil, leis que tem sido operativas encontram o destino da revogação ao serem modificadas em aspectos essenciais tais como deixar sem efeito a atuação de órgãos de gestão ou coordenação, impedindo sua implementação efetiva (B.SM.D.4; B.SM.D.9).

Para concluir a discussão, detalham-se a continuação as características dos modelos de atenção à saúde mental nos dois países:

O modelo de atenção de saúde define-se como garante do direito à saúde para ambos os países, em concordância com seus mandatos constitucionais.

No entanto, a regulação do acesso à saúde do estado argentino, por meio dos seguros sociais, determina respostas fragmentadas às necessidades da saúde da população diminuindo a capacidade de dar respostas efetivas dos diferentes subsectores, saúde pública, de seguro social, e da medicina pré-paga, o que promove segregação social já que o acesso aos diferentes subsectores depende da capacidade de pagamento direto ou da pertença ao trabalho formal.

Ainda, a atual estratégia da CUS promove a ideia de que amplos setores da sociedade (grupos mais vulneráveis, desempregados e os trabalhadores informais) dispõem de um seguro social, historicamente conceituados como um mecanismo de mobilidade social ascendente

formando parte de uma aspiração social (ASE, 2018), que nada mais é que um pacote mínimo de serviços.

Para o Brasil, a concepção da saúde como direito decorre do modelo de seguridade social, que entende as políticas de saúde como políticas de proteção social que visam reduzir a vulnerabilidade das pessoas frente riscos sociais e que reconhece a saúde como um direito de todos os cidadãos.

No entanto, as respostas cada vez mais fragmentadas do SUS, com um mercado de saúde, o Sistema de Saúde Suplementar, cada vez mais amplo e com reduções orçamentárias para o setor público que impactam na qualidade dos serviços, faz que o acesso aos benefícios sociais não concorde com as necessidades dos indivíduos, condição que define o conceito de seguridade social (TOBAR, 2008; FLEURY, 2012).

O sistema de saúde brasileiro parece caminhar novamente para um modelo de seguro social já superado, hoje atualizado por um impulso desenfreado próprio das sociedades modernas capitalistas que tornaram a saúde em um bem de consumo.

No que tange ao modelo de atenção à saúde mental, em linha com as políticas de saúde analisadas e a literatura (AMARANTE, 2012; CALDAS ALMEIDA, 2019; CABRAL, DAROSCI, 2019, LUSSI, 2019; ONOCKO-CAMPOS, 2019; STAGNARO, 2018), mostraram-se dissonantes às evidências avaliativas dos sistemas de saúde que identificam as fragilidades e desafios, inadequadas as recomendações internacionais, e assinalam que a lógica que organiza as redes e seus componentes desconsideram a participação social e a construção coletiva (A.SM.R.43), reintroduzem dispositivos asilares (A.SM.R.35; B.SM.ED.59; B.SM.P.65; B.SM.P.48), em clara oposição às reformas que privilegiaram a reinserção social dos usuários, e o convívio com a família e a comunidade. Nessa linha também se encontra o DNU N° 908/2018 que criou a CUS na sua versão argentina, sancionado sem debate parlamentar nem participação popular, argumentando uma situação extraordinária e de urgente solução para um problema que se apresenta ao longo de décadas (ALMEIDA et al, 2018).

Com a perda da intersetorialidade e a interdisciplinaridade das políticas de saúde mental brasileiras (B.SM.D.9; A.SM.L3; A.SM.R.35) e argentina (A.SM.DR15), no que tange à composição dos órgãos, o retorno é para um modelo assistencial, individual e, centrado na figura do médico (STAGNARO, 2018), reduzindo as problemáticas de saúde mental e adiando a um problema do setor saúde o que se contrapõe com os objetivos das reformas de desestigmatização, inclusão social e principalmente, de transformar o lugar social da loucura na nossa tradição cultural, assinalada na literatura (AMARANTE, 2012; STOLKINER, 2020) e apesar do enorme arcabouço legislativo que promove tais objetivos.

No que se refere ao uso de drogas lícitas e ilícitas no Brasil, identifica-se, no primeiro subperíodo estudado, um modelo de atenção baseado em princípios éticos -sociais de inclusão comunitária dos usuários (B.SM.D.4), que no seguinte retrocede à lógica ético-jurídica e médico-sanitária, baseada em um paradigma tutelar e de exclusão das pessoas com sofrimento decorrente do uso de drogas, promovendo a internação por motivos de saúde mental e a habilitação de dispositivos como as comunidades terapêuticas (B.SM.L.80).

Enfim, às preocupações antes expostas, soma-se a referente à estratégia da CUS na Argentina. A informação sobre sua articulação é escassa, mas identifica-se uma tendência a dar financiamento aos aspectos mais assistenciais, que se traduz em um retrocesso para o campo da saúde mental que baseia a abordagem das problemáticas em uma concepção ampliada da saúde e no exigente paradigma dos direitos humanos, não limitando suas ações a resolver problemas clínicos ou epidemiológicos, e trabalhando de forma articulada com outros setores (ALMEIDA, et, al, 2017; ORTUZAR,2018; CPPC, 2017)

Destaca-se como principal limitação do presente trabalho a relativa ao objeto de estudo, as políticas públicas de caráter nacional, que se traduz em uma realidade legislativa diferente de acordo às jurisdições e, portanto, em impacto diferencial da legislação nacional nas diferentes regiões do país.

Tanto no Brasil quanto na Argentina, caracterizam-se pela descentralização das políticas de saúde. No entanto, assinala-se que o Brasil existe uma coordenação do sistema de saúde a nível federal, diferentemente da Argentina, o que se reflete no plano de alocação dos recursos financeiros (o governo federal é responsável só pelo 20% dos recursos econômico em saúde, e distribui o restante 80% entre as províncias). Dessa maneira, afeta-se a capacidade do governo nacional de influir na implementação da legislação nacional vigente (MECEIRA, 2020).

No campo da saúde, essa situação se reflete em dificuldades das diferentes jurisdições de impactar na logica manicomial, por meio da formulação de políticas de saúde mental que visem mudar o paradigma assistencial baseado na exclusão social das pessoas em sofrimento mental (ALMEIDA, 2017, TELLES, 2021).

Ainda mais, sobressai a dificuldade de comparar duas políticas de saúde mental em função de normativas com dez anos de diferença de implementação, visto que a lei brasileira Nº 10.216 foi promulgada no ano 2001 e a LNSM em 2010 e em coincidência com o início do período estudado, ainda que o objeto de estudo, a formulação das políticas de saúde mental na perspectiva intersetorial e interdisciplinar, não compreende diretamente a implementação das leis influi na análise.

CONCLUSÃO

As políticas de saúde mental apresentam-se com a finalidade de atingir um cuidado abrangente e acessível para todos os usuários.

Porém, existe um amplo consenso científico e social em que a efetivação das políticas excede as instâncias formais, mas a existência dessas instâncias norteia diferentes concepções e práticas na área, no entanto se requer de estratégias políticas e sociais para sua implementação.

Assim, as mudanças que introduziram as reformas, a respeito do caráter intersetorial e interdisciplinar na abordagem das problemáticas psicossociais, se referem principalmente à abertura à participação de todos os atores envolvidos para garantir os direitos cidadãos dos usuários da atenção da saúde mental.

O novo paradigma promoveu acirrada resistência de setores sociais hegemônicos, tais como corporações médicas, farmacêuticas, instituições jurídicas, que logo traduziu-se no não cumprimento das normativas, para finalmente encontrar sua expressão no aspecto formal representado pela formulação de legislações que contradizem os aspectos essenciais das reformas.

Dessa maneira, os retrocessos definidos não casualmente promovem obstáculos à participação social nos processos decisórios das políticas, o que visa recuperar o poder por parte dos setores que historicamente o concentraram, na tomada de decisões do setor.

Transpor a tendência atual de investida contra os direitos sociais e a dignidade das pessoas pode ter desenlaces diferentes para Argentina e para Brasil, uma vez que recuperar a participação coletiva parece se configurar em parte da solução. Nesse sentido, como foi exposto, a participação social marcou de forma contundente a história de saúde no Brasil, atingindo grandes conquistas, sendo que esse componente se tornou pouco frequente nos processos de formulação de políticas na Argentina, não superando o caráter declamativo (TOBAR, 2017; BARCANA, CABRERA, 2015).

No entanto, a Argentina tem um corpo legislativo fortemente baseado em tratados internacionais que protegem os direitos de grupos populacionais vulneráveis, e destaca-se dentre os resultados desta pesquisa o importante papel do Ministério de Justiça e Direitos Humanos nas políticas de saúde mental, que acompanhou amplamente demandas de grupos sociais que lutam pela reivindicação de direitos, tanto na iniciativa para estruturar uma lei nacional, quanto pelo controle na implementação dela, o que pode se identificar como

promissório na proteção dos direitos, na medida em que o poder político é distribuído entre diferentes setores envolvidos no campo da saúde mental (TESTA, 1992).

Diante disso, sobressai a necessidade de movimentos sociais e espaços de debate para enfrentar os desafios da atenção à saúde mental para evitar a exclusão social que convalida o direito e tendente à efetivação jurídica das políticas de saúde (PITTA, 2011; CORREIA, VENTURA, 2013).

Além do mais, precisa-se de um Estado que garanta os direitos sociais e seja orientado para a equidade crescente, diferente da opção neoliberal que reduz o papel do Estado e a orienta à regulação da saúde para o âmbito privado (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

5.2. Artigo 2

Concepções sobre intersetorialidade e interdisciplinaridade em políticas de saúde mental de Argentina e Brasil

2021

Veronica Maria Cecilia Cancinos

Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

Estudos mostram que as perspectivas interdisciplinar e intersetorial das políticas de saúde mental constituem-se nos temas mais comentados e resistidos do campo da saúde mental. Existem três eixos nos novos paradigmas de saúde mental: intersetorialidade, interdisciplinaridade e atenção primária de saúde; que geram o desafio de construir estratégias de intervenção complexas. Nesse estudo, se analisa o caráter intersetorial e interdisciplinar das políticas de saúde mental da Argentina e Brasil, de 2010 a 2019, período não coberto pela literatura, e fatores políticos e sociais que influenciaram na dinâmica do setor das políticas de saúde mental. O presente artigo utilizou o método de estudo de casos múltiplos e a análise documental para a coleta e análise de dados. A análise de conteúdo foi utilizada para alcançar os objetivos. Os resultados foram interpretados com auxílio das ferramentas do software QSR NVivo10, em relação às concepções expressas nas legislações e a literatura que problematiza o modelo de cuidado, não tendo sido encontrado em nenhum documento um conceito que identificasse claramente o que se entende por saúde mental. As resistências ao novo paradigma traduziram-se no não cumprimento das normativas, para finalmente se expressar no aspecto formal representado pela formulação de legislações de tendência contra reformista.

Palavras-chaves: Políticas Públicas de Saúde Mental; Intersetorialidade; Interdisciplinaridade, Argentina; Brasil.

INTRODUÇÃO

A concepção de saúde mental que conduziu as práticas e representações sobre as pessoas com sofrimento mental nos últimos séculos, estabeleceu a segregação entre “normais” e os “anormais”, e a estigmatização social desses últimos. A mudança dessa concepção surgiu com uma concepção ampliada da saúde, que contemplou componentes sociais junto com os componentes biológicos que influem nos processos de saúde-doenças-cuidado.

Para Canguilhem (1971, p.107), definir um ser vivo como normal ou patológico requer contemplar a relação do sujeito com seu entorno social, sendo normal, a possibilidade de viver em um ambiente social com flutuações e novos acontecimentos. Assim, não existe para o autor um padrão universal em saúde, o único universal em saúde seria o caráter social.

Nesse sentido, Galende (2013, p. 11) assinala que “o objeto de estudo da saúde mental é a subjetividade humana como uma totalidade complexa”, não é de forma exclusiva o indivíduo, ou os conjuntos sociais, mas as relações que permitem pensar conjuntamente esse indivíduo e sua comunidade. A essência desse objeto é variável, e o social e cultural não pode ser definido como uma relação do sujeito com algo exterior, é intrínseca e constitutiva da subjetividade mesma. Assim, compreender o sofrimento mental só é possível no conjunto de suas relações familiares, grupais e sociais, no sentido amplo.

As reformas que aconteceram no campo da saúde mental desde a segunda metade do século XX, introduziram políticas internacionais em saúde mental que transformaram o sistema manicomial para uma atenção de saúde mental na comunidade, com mudanças na estrutura dos serviços e a cobertura de diversas problemáticas. Nesse sentido, a declaração de Alma Ata de 1978, introduz uma perspectiva integral baseada na Atenção Primária da Saúde, como estratégia reorganizadora dos sistemas, com lógica universalista e com enfoque de direitos (OPAS, 2017).

Reconhecer os sofrimentos subjetivos como complexos, isto é, como processos dinâmicos de saúde-doenças-cuidados (ALMEIDA-FILHO, PAIM, 1999) requer uma abordagem das demandas da população que inclui o coletivo, a diversidade, e a história das pessoas em sociedade, que permite contemplar novas problemáticas emergentes do conjunto social.

Nessas abordagens, decorrentes das políticas de saúde mental do novo paradigma, a proteção de direitos é uma estratégia fundamental que se propõe contrapor à histórica vulneração de direitos de grupos populacionais vulneráveis e a construção de cidadania na perspectiva da reinserção social, privilegiando o convívio com a família na própria comunidade, visando produzir um novo lugar social para as pessoas em sofrimento mental por meio de um

processo ativo de ampliação da capacidade de todos de agirem de modo livre e participativo, o que permite e compõe a ideia de loucura não mais como defeito, falha ou desqualificação (MILLANI, 2008; BANG, 2014; BRASIL, 2001; AMARANTE, 2012).

Assim, esses paradigmas reconhecem múltiplos entrecruzamentos no campo de problemáticas em contextos complexos e orientam as práticas de acordo com três eixos: intersectorialidade, interdisciplinariedade e atenção primária de saúde (APS); que geram o desafio de construir estratégias de intervenção complexas que possam articular as demandas da comunidade com a oferta de serviços promovendo a saúde, assistência, e reabilitação do sofrimento subjetivo (BANG, 2014; USSHER, 2015, AMARANTE, 2012).

Para alcançar tal objetivo, é preciso focar na linha de atuação da participação social e política de todos os atores sociais envolvidos nas iniciativas de trabalho, geração de renda e cooperativismo social; e nos projetos artístico-culturais nos quais participam os usuários e outros profissionais (BANG, 2014; AMARANTE, 2012; USSHER, 2015).

De modo similar, Buriyovich (2018, p. 218) introduz a necessidade de uma atividade integral e integrada do Estado que requer do trabalho conjunto entre diferentes setores governamentais e uma intersectorialidade de “alta intensidade”.

Na perspectiva de diversos autores (ALMEIDA et al, 2017; USSHER, 2015), se retomam os conceitos de espaço e tempo como dimensões que se estruturam na interação social e que apresentam um papel fundamental nas estratégias de abordagem da saúde mental para fazer propício um caminho de restituição subjetiva, constituindo o marco que permite ações multidimensionais e de caráter integral, desenvolvidas nos espaços sociais próximos aos destinatários.

Segundo Bang (2014), com a abertura promovida pelas políticas de saúde mental da metade do século XX para sistemas de atenção diferentes ao modelo manicomial, surgiu a incorporação de ações de prevenção e promoção da saúde. Destaca-se a inclusão incipiente do conceito de promoção da saúde no campo da saúde mental, tal conceito valoriza o conhecimento popular e a participação social e seu surgimento está relacionado ao Movimento de Medicina Social e a Saúde Coletiva, que surgiram de uma perspectiva crítica ao universalismo naturalista do saber médico, como uma proposta de resgate do social e uma abordagem integral da saúde (OSMO, 2015).

A saúde a partir de uma perspectiva integral refere-se à própria noção de vida (BANG, 2014; TESTA, 1992). Assim, se relaciona com a autonomia sobre o “modo de viver” que propõe a Medicina Social, que se contrapõe ao individualismo e a competência, característicos das sociedades pós-modernas orientadas pelo mercado, e os substitui pela solidariedade e a

cooperação em um modelo de desenvolvimento que permite a satisfação das necessidades de todos.

Para Bang (2014) a APS integral com enfoque em saúde mental insere ações de prevenção e promoção da saúde mental em ações gerais de saúde, com a finalidade de inserir a dimensão subjetiva geralmente eludida nos modelos de atenção, procurando humanizá-la. Diferentemente de uma perspectiva tradicional e normativa que, por meio dessas ações, promove uma conduta saudável socialmente desejável como ideal, com aportes da chamada psicologia positiva que associa “qualidade de vida” com aspectos subjetivos e objetivos tais como bem-estar, felicidade, satisfação vital.

Nessa linha, a prevenção em saúde mental orienta suas ações a facilitar processos que permitam enunciar os conflitos e evidenciem os problemas a resolver (STOLKINER, 1988).

Entendem-se os problemas de saúde, tanto de situação de saúde quanto de organização setorial, como problemas sociais complexos compostos por inúmeros fatores relacionados conforme Testa (1992).

A epidemiologia social oferece uma análise que permite a aproximação as relações complexas dos problemas sobre a situação de saúde. O processo saúde-doença é entendido como expressão particular do processo social, e as desigualdades no sofrer e adoecer entre grupos de pessoas, decorrentes de diferenças de classe social (GIOVANELLA, 1990).

Os problemas em saúde são problemas sociais que envolvem poder, isto é, uma ação em saúde tendente a resolver um problema envolve um deslocamento de poder. Nesse sentido, se faz necessário conhecer o poder e analisa-lo na sua distribuição setorial.

O poder é uma categoria central na análise da dinâmica social. Na análise estratégica da estrutura de poder do setor saúde, existem tipos específicos, entre eles o poder técnico, administrativo e político. Se detalham a continuação (TESTA, 1992).

O poder técnico se compõe por aspectos que se referem ao tipo de informação que lida com essa forma de poder: médica, sanitária, administrativa e o marco teórico (TESTA, 1992).

A primeira é, fundamentalmente, a clínica. A informação sanitária corresponde àquela que geralmente é registrada como morbidade, que é a distribuição da enfermidade na população, e mortalidade. A informação administrativa tem correspondência com os diversos indicadores de uso de recursos. Esta informação juntamente com a sanitária é utilizada para tomar as decisões habituais no setor. Por último, o marco teórico se refere a como deveriam ser desenvolvidos, entendidos e relacionados os outros tipos de conhecimentos citados. Esse marco teórico da saúde é o problema da causa das doenças, a sua determinação e, desde um sentido social, a produção social das enfermidades (TESTA, 1992).

O poder administrativo, é sintetizado por intermédio das diversas formas de financiamento, que é o elemento central organizador dos diversos subsetores do setor saúde (TESTA, 1992).

Por sua vez, o poder político é a capacidade de desencadear uma mobilização e depende de um saber gerado de maneiras diversas: como experiência de situações concretas, sentimentos e reflexão sobre elas e, particularmente, como conhecimento científico. As diversas formas de saber sobre o poder podem ser agrupadas em duas grandes categorias: saber empírico e saber científico. Simultaneamente, essa capacidade pode se considerar como uma prática que impacta sobre os atores sociais que fazem parte dessa prática, tanto do lado dos mobilizadores como dos mobilizados (TESTA, 1992).

Cada uma das formas adotadas pelo poder político está apoiada por uma base formal, que lhe outorga legitimidade: tradições, valores compartilhados, leis, funcionamento dos aparelhos do Estado, organizações da população, repressão; isto é, toda uma gama de instituições que constitui a sociedade política e a sociedade civil do Estado moderno. O poder político, intersecta-se com os poderes de tipo técnico e administrativo, nas formas de saber científico, como prática de dominação, e de saber empírico, com a prática hegemônica (TESTA, 1992).

Nesse sentido, a participação ativa da comunidade nas práticas e políticas de saúde se constitui em um caminho para a organização comunitária que promove a necessária redistribuição do poder político desde uma perspectiva da APS integral com enfoque em saúde mental (STOLKINER, 1988; BANG, 2015).

A participação comunitária tem influído na configuração de políticas públicas em saúde em América Latina, desde a declaração de Alma-Ata em 1978, que se focou na comunidade e sua participação como estratégia central para atingir o acesso universal de serviços. No entanto, essa inserção respondeu a diversos interesses e disputas no campo da saúde, assim foi que o discurso neoliberal se apropriou do componente participativo para legitimar políticas de desmonte e terceirização de serviços públicos, convidando à população a se responsabilizar pela sua saúde (USSHER, 2015).

Entende-se a participação comunitária em saúde como um processo complexo e dinâmico, nele a comunidade desenvolve ativamente mecanismos e práticas para a toma de decisões conjunta sobre o próprio processo de saúde-doença, envolve diversos atores que exercem diferentes níveis de participação, e sobressai a restituição de vínculos de solidariedade social como expressão da saúde mental (BANG, 2015).

A teoria de redes aporta ferramentas valiosas para pensar as práticas de participação comunitária em saúde mental que, para Bang (2014), se afasta de concepções simplistas, abstratas e idealizadas das características das comunidades e dos mecanismos de participação que se relacionam com dinâmicas complexas. A lógica de redes em saúde propõe o poder como a capacidade para o desenvolvimento de tarefas e responsabilidade, e não como propriedade, no sentido assinalado por Foucault (2008), com modalidades organizacionais novas, constituindo o campo como uma rede de interrelações.

As reformas de saúde mental na Argentina e Brasil retomaram os conceitos antes expostos, configurando políticas que entendem a saúde mental como um processo complexo determinado por componentes históricos, socioeconômicos, culturais, biológicos e psicológicos, relacionado com a proteção dos direitos humanos e sociais das pessoas em sofrimento mental e usuários de drogas lícitas e ilícitas, promovendo a substituição de uma perspectiva de tutela para uma perspectiva de apoio na toma de decisões (BARCALA; CABRERA, 2015).

No campo de problemáticas definido pelo uso de drogas, se entende a saúde desde um modelo da saúde social com um enfoque que reconhece ao usuário como um sujeito de direito e se promove principalmente a integração social como eixo que estrutura as intervenções, modalidade que se contrapõe ao modelo médico clássico que propõe etapas sequenciais, cabendo à inserção sociolaboral a última fase do processo de reabilitação.

No entanto, identificou-se nos últimos anos uma mudança significativa na formulação de políticas no referente às instancias de participação social na toma de decisões e na abordagem das problemáticas relacionadas com o sofrimento mental e com o uso de drogas que constituem uma tendência contra reformista.

METODOLOGIA

Este estudo utilizou o método de estudos de casos múltiplos. O estudo de casos visa contribuir para esclarecer uma situação na qual as informações são escassas (CRESWELL, 2014).

Trata-se de uma pesquisa comparada das políticas de saúde de Argentina e Brasil, e propõe-se a análise documental para alcançar seus objetivos.

Na perspectiva da Associação Brasileira de Normas Técnicas (2018, p.2) um documento é “qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade, que possa

servir para consulta, estudo ou prova. Inclui impressos, manuscritos, registros audiovisuais e sonoros, imagens, sem modificações, independentemente do período decorrido desde a primeira publicação”.

A seleção dos documentos orientou-se a buscar dados da perspectiva intersetorial e interdisciplinar nas políticas de saúde mental na Argentina e o Brasil, no período 2010-2019.

Nesse sentido, se incluiu a revisão e análise dos documentos oficiais, tais como: leis, decretos, portarias, informes técnicos do Ministério da Saúde da Argentina e Brasil, e, também, documentos de setores sociais, organismos e instituições que se articulem com o setor da saúde mental no processo de elaboração das respectivas políticas. Isto é, no sentido de analisar a política como resultado de uma disputa de poderes e saberes, na qual predomina um discurso sobre os demais, que aponta para certas possibilidades de pensamentos (ideias, conceitos) e caminhos, e exclui outras do pronunciamento oficial, mas não do cotidiano das instituições e das práticas, segundo Baptista (2015).

Para a análise dos dados se utilizou a técnica de análise de conteúdo (AC) que analisa as comunicações visando obter indicadores que permitissem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 2011).

Destaca-se a utilização do software QSR NVivo Versão 10 na etapa de pré-análise de dados, nos documentos examinados, para a identificação de referências relacionadas às categorias previamente selecionadas na elaboração do referencial teórico: “intersetorialidade”, “interdisciplinaridade”, “interinstitucionalidade” e “expansão de serviços comunitários”. Os resultados foram interpretados, com auxílio das ferramentas do software, e à luz do conceito de poder de Mário Testa (1992) e discutidos em relação à literatura que problematiza a questão do modelo de cuidado em saúde mental (AMARANTE, 2012; ALMEIDA et al, 2015, ALMEIDA FILHO, COELHO E PERES, 1999; BANG, 2014; USSHER, 2015; FARAONE, 2013; TOBAR, 2017; BURIJOVICH, 2018; AKERMAN, et al, 2014; VIDELA E MENDES, 2013; GARCIA, 1990; STOLKINER, 1988; ONOCKO-CAMPOS, 2019; TELLES, 2021).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na legislação argentina existe uma concepção de saúde mental que percorre o corpo normativo inteiro. Define-se saúde mental como (A.SM.L3, Art.3) “proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya

preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

A definição é retomada por normativas posteriores na maioria dos casos, existindo outras que dialogam com o conceito.

A LNSM (A.SM.L3) põe em crise a própria construção histórica de enunciação do problema objeto de intervenção. A lei regulamentária (A.SM.DR15, Art. 1) desloca as concepções biomédicas sobre o próprio processo de saúde – enfermidade/transtorno - atenção com os enunciados de padecimento/ sofrimento, conceitos de características histórico-social (FARAONE, 2013).

Define o padecimento psíquico como “todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como situaciones más prolongadas de padecimientos incluyendo trastornos y/o enfermedades”.

No sentido exposto por Faraone (2013), os enunciados padecimento/sofrimento instituem um conceito histórico-social sobre o padecer (sofrer), isto é, um conceito cultural que muda com o contexto. O sofrimento psíquico se vincula com o tecido social, e institui a subjetividade como elemento substantivo, ampliando a compreensão da afetação da saúde mental para a emergência de novas representações e expressões do sofrer.

Além do mais, a regulamentação da LNSM (A.SM.DR15) introduz outras noções tais como transtorno e enfermidade que envolvem dimensões históricas, sociais, econômicas, morais e epistemológicas que impactam na construção de práticas no campo da saúde mental.

Dessa maneira, o termo enfermidade, desde uma concepção socioantropológica, limita ao sujeito da intervenção à medicina e, portanto, a problemática do campo de saúde circunscreve-se a uma disciplina de caráter médico, já desde as correntes reformistas se pontoa sua determinação pelo sistema socioeconômico revestindo um significado diferente segundo o nível social do enfermo (FARAONE, 2013).

Segundo Faraone (2013), a concepção de enfermidade é reconfigurada pelos termos síndrome e transtorno mental, que possibilitam à psiquiatria novos nichos de controle social que instituem inovações ao processo de medicalização, redefinindo a significação entre normal e patológico, e práticas, especificamente, de asilo institucional. Caracteriza-se como um conceito que, pela falta de limites determinados e de definição operacional, conduziu a uma nova forma de medicalização e uma reconfiguração do mecanismo de controle social baseados em estratégias de disciplinamento extramuros.

No caso do Brasil, identificou-se uma ausência de definição de saúde mental nas normativas estudadas, incluso a lei N° 10.216 do ano 2001, que incorpora as principais reivindicações da Reforma Psiquiátrica, também não apresenta definição (BRASIL, 2001). Entretanto, define como destinatários das normativas às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, mas não define os termos.

Tanto a LNSM, como outras normativas argentinas e brasileiras, promovem a implementação de práticas de saúde mental na comunidade (A.SM.D2; A.SM.DR15 A.SM.L3; A.SM.R.19; A.SM.DM.25; B.SM.D.4; B.SM.P.10; B.SM.L.80). Nesse sentido, as ações se inserem na perspectiva da atenção primária da saúde e focam-se na importância de desenvolver práticas de prevenção e promoção da saúde mental comunitária no campo de problemáticas complexo que requer um enfoque integral baseado na intersetorialidade e no trabalho interdisciplinar (BANG, 2014).

Essas enunciações se contrapõem com uma tendência emergente nos países de América Latina, associada com o tratamento dos padecimentos mentais por meio de especialistas da área em discordância à legislação vigente que sugerem o tratamento da maioria dos padecimentos mentais na atenção primária, com o objetivo de ampliar o acesso, conter as problemáticas de saúde mental, e direcionar os casos mais graves para os serviços mais especializados. (STAGNARO, 2018).

As referências das categorias “intersetorialidade”, “interdisciplinaridade” e “expansão de serviços comunitários” foram identificadas pelo software NVivo na legislação estudada (Tabela 1). A categoria “intersetorialidade” foi captada em 17 documentos totalizando 62 referências, seguida da “interdisciplinaridade”, com 44 referências em 11 documentos, enquanto a interinstitucionalidade identificou-se 6 referências em 3 documentos, e a “expansão dos serviços comunitários” apareceu em 35 referências de 10 documentos.

Tabela 1. Frequência de referências às categorias intersetorialidade, interdisciplinaridade, interinstitucionalidade e expansão de serviços comunitários na legislação em saúde mental, da Argentina e Brasil, 2010-2019

Categoria	Documentos	Referências
Intersetorialidade	17	62
Interdisciplinaridade	11	44
Interinstitucionalidade	3	6
Expansão dos serviços comunitários	10	35

Fonte: Elaboração própria

Destaca-se que a categoria “interinstitucionalidade” é utilizada para se referir a atores institucionais educativos, sanitários e de segurança e às vezes para assinalar órgãos do Estado nacional o que configura uma categoria imprecisa e se relaciona com a de intersectorialidade, não existindo uma definição específica nas legislações nem a literatura.

A última categoria, “expansão de serviços comunitários”, se constitui a partir da elevada recorrência nos textos, achado que se alinha com as concepções de saúde mental identificadas nas políticas.

Na perspectiva de Ussher (2015), a abordagem intersectorial requer que o território se considere o marco que possibilita a ação multidimensional, integral, e que acontece nos espaços sociais próximos aos destinatários. O conceito de território surge de entender o espaço e o tempo como dimensões constitutivas das relações sociais, mas são categorias abstratas, e somente transformam-se em território na medida que as pessoas e comunidades atribuem significados, se apropriam simbólica e culturalmente deles.

Assim, o território contextualiza as interações comunitárias, se constituindo em um eixo do trabalho com comunidades, o que se reflete nas diferentes normativas estudadas como foi assinalado (Tabela 1).

No plano do discursivo, as normativas argentinas de carácter interdisciplinar e intersectorial estudadas, traduzem de forma adequada o intuito de orientar as práticas em saúde mental para condutas, espaços, população e comunidades saudáveis (*saludables*). Orientam suas ações para as pessoas, as famílias, e o contexto social (*personas, familiares, social*), propiciando o respeito dos direitos humanos (*derechos*), como apresentado no resultado da consulta de frequência das palavras ou “nuvem de palavras” (50 palavras mais frequentes) nas legislações que incorporam a abordagem intersectorial utilizada na análise de dados (Figura 1).

Cabe destacar que o software QSR NVivo Versão 10, a partir da reunião de informações descritivas dos textos, permite o uso de ferramentas que possibilitam a identificação de tendências (ALVES DA SILVA, et al, 2015)

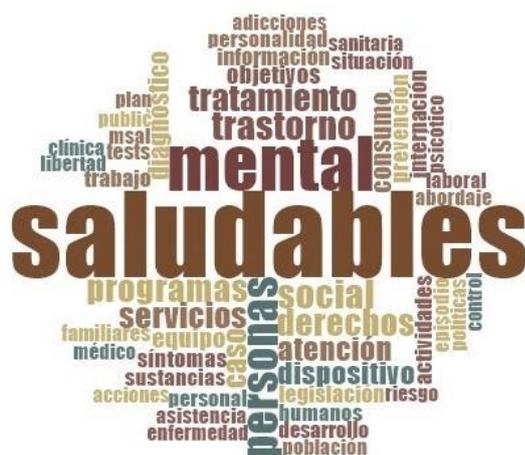
Nesse sentido, percebe-se também a consistência entre o conteúdo das legislações com a conceito positivo da saúde mental que, por sua vez, propõe um conceito amplo da saúde mental como expressão da saúde social, segundo Almeida Filho, Coelho e Peres (1999). Todavia, esses autores enfatizam uma perspectiva totalizadora, entendendo a saúde mental como qualidade de vida.

Contudo, nas normativas da Argentina, identifica-se a persistência de enunciados relacionados ao modelo de cuidado mais assistencialista e focado no indivíduo e nas doenças, expresso por meio de palavras tais como transtorno, tratamento, sintomas, assistência, adições, psicótico, enfermidade (*transtorno, tratamiento, síntomas, asistencia, adicciones, psicótico, enfermedad*) quesito que sobressai ainda em normativas que regulam as problemáticas psicossociais desde um enfoque intersetorial e orientado à comunidade.

Ainda, sobre o caráter intersetorial das normativas na Argentina, existe coordenação do setor saúde com o setor educativo, de assistência social, de trabalho e da economia social e solidária (A.SM.R.26). Assim como do setor saúde e o setor judiciário, de defesa pública (A.SM.RC8), tanto como a coordenação do setor saúde com o setor cultura (A.SM.R.19). Além disso, existe a coordenação entre setor saúde e desenvolvimento social (A.SM.L.20). Em outros casos, as normativas não especificam o caráter intersetorial, ou não se determina qual tipo de articulação intersetorial se refere.

À vista da complexidade da articulação intersetorial cabe refletir no desafio que esse trabalho representa para um sistema de saúde fragmentado como o argentino que apresentou historicamente reiteradas tentativas para atingir sua integração, com resultados negativos (TOBAR, 2017). Provavelmente a abordagem intersetorial em saúde mental encontra similares dificuldades para transpor os interesses do setor saúde mental, tendente à abertura para outros setores que possam reverter práticas hegemônicas que concentram poder político conforme Testa (1992).

Figura 1. Nuvem de palavras da categoria intersetorialidade das normativas argentinas. Software QSR NVivo Versão 10



Fonte: Elaboração própria

reflexão sobre o auspicioso de um trabalho intersetorial conduzido pelo modelo de cuidado em redes integradas, como as RAPS, o que redistribuiu o poder promovendo a participação comunitária, como colocado por Bang (2014).

Por outro lado, em consonância com a literatura (BANG, 2014; USSHER, 2015; AMARANTE, 2012), tem-se a interdisciplinaridade como um dos elementos presentes nas diretrizes que orientam as mudanças nos modelos de cuidado em saúde mental dos ambos os países (Figura 3 e 4).

A organização da equipe de profissionais de forma interdisciplinar/multidisciplinar ou multiprofissional, termos as vezes utilizados de maneira alternativa reflete uma falta de clareza sobre o baseamento conceitual dos enunciados, pois a equipe pode se constituir de maneira multiprofissional sem ter uma abordagem interdisciplinar, de interação entre as disciplinas, no sentido definido por Testa (2005), a continuação alguns exemplos:

Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (B.SM.P.10; Art 6, I).

A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral [...] deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar (B.SM.P.10; Art 10, II, 3º)

Ainda, aquele autor faz o apelo para restaurar a continuidade entre elas para alcançar um saber transdisciplinar, possibilidade que não está contemplada no conteúdo explícito das legislações estudadas.

Diversos autores (VIDELA, MENDES, 2003; GARCIA, 1990) indicam que a perspectiva interdisciplinar requer a construção de um novo modo de construir o objeto por intermédio do diálogo enriquecedor e transformador entre as disciplinas que considerem as múltiplas dimensões implicadas nos diferentes momentos do processo de atenção dos complexos fenômenos sociais. Nesse sentido, o Plano Nacional de Saúde Mental 2013-2018 coloca:

[...] as abordagens interdisciplinares não anulam incumbências, especificidades ou responsabilidades profissionais, mas oferecem aportes com

perspectivas integradoras que permitem atender serviços e manter dispositivos, na multiplicidade das formas de atenção necessárias para atingir recuperações prolongadas ao longo do tempo (tradução própria, A.SM.AR18)

Predominantemente, relaciona-se o trabalho interdisciplinar da legislação brasileira à atenção da problemática psicossocial do uso de drogas lícitas e ilícitas (B.SM.D.4; B.SM.D.79), de acolhimento e nas diferentes instancias de cuidado: prevenção, tratamento, recuperação e reinserção (Figura 3).

Figura 3. Nuvem de palavras da Categoria Interdisciplinaridade das normativas brasileiras. Software QSR NVivo Versão 10



Fonte: Elaboração própria

No caso do caráter interdisciplinar das normativas argentinas, também se evidencia um modelo de cuidado focado nos aspectos saudáveis (*saludables*) e a capacidade das pessoas, no entanto persiste a perspectiva clínica focada nos sintomas, transtornos e enfermidades tais como episódios depressivos, psicóticos e adições. Ainda, apresenta-se o médico como figura em realce (A.SM.R.35), como apresentado na Figura 4.

Da mesma maneira, pode se identificar que, na narrativa das legislações, existe uma escassa articulação de órgãos na formulação e na implementação de políticas em saúde mental, isto é, convênios e parcerias entre órgãos públicos, especificamente definidos nos documentos.

Contudo, destaca-se dentre as palavras mais frequentes (Fig.4) as que assinalam a composição interdisciplinar de equipes de profissionais nos serviços e dispositivos desenvolvendo atividades de avaliação, atenção ou assistência, tratamento, tanto na inclusão social quanto na capacitação, privilegiando a continuidade dos cuidados através da avaliação, tratamento e reabilitação e reinserção social, a promoção da inclusão dos recursos humanos não

convencionais, fazendo parte de uma nomina profissional mais ampla e diversa de acordo como o apoio requerido nos diferentes dispositivos de atenção, as necessidades e as particularidades da população (A.SM.DR15; A.SM.R.35).

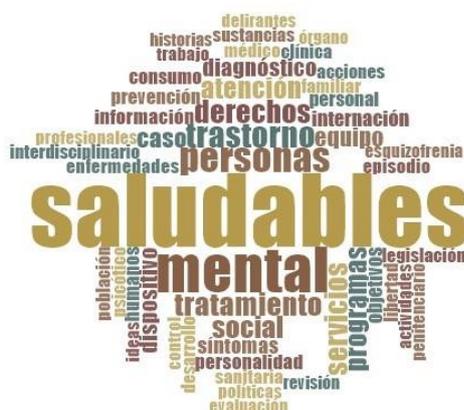
No entanto, a composição dessas equipes interdisciplinares ou multiprofissionais em poucos casos é explicitada, ainda se assinala que as profissões elencadas não são taxativas, dentre elas destacam-se profissões das seguintes áreas: psicologia, trabalho social, psiquiatria, enfermagem em saúde mental e de outras disciplinas tais como cinesiologia, psicopedagogia, de recente surgimento como terapia ocupacional e musicoterapia e oficinas (A.SM.R.35; A.SM.DM.25).

De maneira particular, se aborda a temática do internamento (figura 4), especialmente não voluntário, como um aspecto fortemente regulado pela legislação argentina e que requer uma abordagem interdisciplinar (A.SM.L3). Nesse sentido, sobressai também a abordagem interdisciplinar dos dispositivos que atuam nas instituições penitenciárias (A.SM.RC8; A.SM.R14) como exposto na figura 4.

Encontra-se também a característica interdisciplinar na capacitação, a articulação das ações dos diferentes sistemas como o SUS, o SUAS, e o SUSP (B.SM.D.79)

Entretanto, destaca-se a interdisciplinaridade como um dos aspectos mais resistidos nas mudanças que introduzem as recentes normativas. Em algumas normativas, o trabalho interdisciplinar não está incluído e se focaliza de maneira exclusiva na intersetorialidade.

Figura 4. Nuvem de palavras da Categoria Interdisciplinaridade das normativas argentinas. Software QSR NVivo Versão 10



Fonte: Elaboração própria

À vista do exposto, destaca-se a atenção de saúde mental de abordagem intersetorial e interdisciplinar nas normativas brasileiras se apresenta de forma mais coerente com a literatura, em comparação com os enunciados das legislações argentinas. No entanto, sobressai que tais abordagens relacionam-se de forma predominante com a problemática de uso de drogas lícitas e ilícitas, e em menor medida com outras problemáticas psicossociais.

Nesse sentido, destaca-se a diferença de anos entre a formulação das legislações de saúde mental nos ambos os países, o que se reforça com a demanda da construção de redes intersetoriais e interdisciplinares para o modelo de atenção, surgida dentre as necessidades identificadas pelos participantes da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (BRASIL, 2010), acontecimento que representa a participação organizada de diferentes setores sociais na tomada de decisões respeito à saúde mental.

No que tange às experiências argentinas similares, apresentam-se poucas tentativas consistentes que permitam identificar estratégias de participação social apropriadas para diferentes contextos, apesar de ter sido incorporada pela democratização, o que poderia explicar as dificuldades da implementação efetiva de políticas que assinalam a necessidade de abordagens intersetoriais e interdisciplinares (TOBAR, 2017).

Contudo, as transformações que promoveram a reforma psiquiátrica brasileira se restringiram ao modelo assistencial, segundo Amarante (2012). Para o autor, o objetivo de construir um novo lugar social para as pessoas em sofrimento psíquico se relaciona com a transformação das relações entre a sociedade e a loucura, que precisa do foco na linha da participação social e política de todos os atores sociais envolvidos.

Autores (STOLKINER, 1988; BANG, 2015) ressaltam esse processo como um caminho para a organização comunitária que promove a necessária redistribuição do poder.

Dentre os aportes de Testa (1992) destacam-se diferentes tipos de poder que compõem o setor da saúde, que se detalham a continuação.

No que se refere ao poder técnico, expressado nos diferentes tipos de saberes das diferentes disciplinas científicas, este se reflete na colocação do “Marco de referência para la Formación del Equipo de Salud. Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental” referente à perspectiva da interdisciplinaridade que redistribui o poder entre profissionais de diferentes disciplinas que compõem o campo da saúde mental.

No campo institucionalizado da saúde mental confluem atores que desenvolvem estratégias para atingir objetivos e interesses, que frequentemente se contrapõem. Assim, representa um âmbito de potencial conflito e luta setorial. Torna-se preciso reconhecer o que está em jogo no estabelecimento da competência científica, isto é, a definição da normalidade e a loucura, das práticas terapêuticas e diagnósticas

consideradas legítimas cientificamente, para enfrentar o sofrimento mental” (A.SM.R.25, tradução nossa).

Um exemplo disso é a responsabilidade do psicólogo ou médico psiquiatra, baseada no poder técnico, de decidir uma internação, ou de decidir uma alta como faculdade da equipe de saúde, antes privativa do psiquiatra (A.SM.L3).

Por outro lado, as autoras Almeida, et al (2017), desde seu poder técnico, assinalam a direção que adquire o poder político (TESTA, 1992) do Estado através do que chamam “privatização da cronificação”, caracterizado pelo subfinanciamento das instituições manicomiais e a diminuição da responsabilidade do Estado de criar dispositivos substitutivos.

No seu lugar, exerce-se poder político na criação de políticas que promovem precários convênios e acordos com o setor privado que avança sobre as prestações públicas que devem garantir o direito à saúde, em suma, tem-se como resultado a mercantilização da saúde (ARGENTINA, 2016). Essa situação se expressou de maneira contundente por intermédio da formulação da legislação argentina que regula os serviços de medicina pré-paga, com a lei N° 26.682, em 2011, que omite a referência a critérios sanitários e limita-se à proteção dos direitos do consumidor (A.SM.L5).

Ainda mais, o poder político no setor de saúde argentino configura parte da complexidade do sistema composto por três subsistemas que adquirem formas relativamente próprias, segundo a política que cada província impõe fruto das relações de poder existentes dentro do campo (MARAZINA, 2011).

Nas legislações brasileiras, esse poder mostrou-se expresso na revogação de partes das leis que as tornaram inoperáveis (B.SM.D.4, B.SM.D.9).

Além do mais, a situação atual do Brasil respeito à insuficiente expansão de serviços substitutivos ao longo do território nacional, conforma a ameaça de que se criem modelos de atenção mistos, com dispositivos manicomiais e outros com lógicas de cuidado na comunidade (ONOCKO-CAMPOS, 2019; TELLES, 2021) o que se viu facilitado pelo poder político do Estado expressado nas recentes legislações (B.SM.D.79; B.SM.ED.59; B.SM.P.71; B.SM.P.65; B.SM.P.61; B.SM.P.48).

Considerações finais

As conceituações expressas nas políticas de saúde mental na Argentina e no Brasil respondem tanto ao paradigma de direitos humanos, em conceitos tais como: saúde como direito, presunção de capacidade, sistema de apoio na toma de decisões, cidadania e autonomia, entre outros; quanto à APS em saúde mental com seus respectivos conceitos: participação

social, promoção da saúde mental e território. Assim, introduziram-se novos saberes e práticas de cuidado (BARCALA, CABRERA, 2015; STOLKINER, 2020; GUIMARÃES, JORGE, ASSIS, 2011; SAMPAIO et al, 2011).

Entretanto, chama à atenção que as legislações brasileiras estudadas e a Lei Paulo Delgado, prescindam de um conceito que identifique claramente o que se entende por saúde mental, diante do papel norteador para a compreensão dos fenômenos e para as práticas que se associam à emergência dos conceitos, como foi o novo conceito de saúde que promoveu a OMS mais abrangente que o da saúde biológica. Situação que se torna ainda mais significativa perante a histórica invisibilização dos componentes subjetivos e a desvalorização social e científica – desde a o positivismo biomédico - da subjetividade em relação a outras dimensões e saberes.

Não à toa, nos ambos os países, registrou-se o uso de termos que reforçam concepções patologizantes do sofrimento mental como a utilização de “transtorno” ou “enfermidade” que não reconhecem aspectos da subjetividade, pelo contrário, focam-se em lógicas manicomiais que se relacionam à codificação dos modos de pensar e atuar das pessoas conduzida pelos manuais de classificação internacional de amplo uso na prática clínica, principalmente, o da Classificação Internacional de enfermidades e problemas de Saúde (CIE), da OMS, e o Manual de Diagnóstico Estadístico de Saúde Mental (DSM), da Associação Americana de Psiquiatria, que ao longo dos anos tem ampliado sua classificação de forma exponencial, abrangendo episódios vitais da existência e aspectos da vida cotidiana das pessoas que são tratadas como enfermidades, mas que respondem ao sofrimento psíquico das pessoas em sua existência real (FARAONE, 2013; GALENDE, 2013).

À vista de que os conceitos mudam com os tempos e as regiões, e após um período pandêmico que atingiu o mundo inteiro com desiguais impactos a nível socioeconômico, cultural, e nas condições subjetivas, e ainda, em ausência de uma teoria no campo da saúde mental que unifique disciplinas, torna-se crucial o posicionamento no que se refere a um conceito de saúde mental que pondere a subjetividade, isto é, a diferença, que caracteriza os modos de sofrimento psíquico, inseparável do mundo simbólico e social dos sujeitos.

Vale destacar, que a percepção humana, contrário aos postulados do positivismo médico, é uma interpretação, a percepção do corpo e do mal-estar da existência não pode fugir do campo do simbólico da interpretação, de acordo com Galende (2013).

Na atualidade a luta pelo poder se desenvolve no plano simbólico, no sentido de domínio das interpretações, a construção de significados e valores que orientam as práticas. Trata-se do saber proposto na resolução de problemas (GALENDE, 2013)

Precisa-se de saberes que permitam conduzir na direção de práticas terapêuticas que visem assumir a complexidade das situações, que se caracterizem por ser culturalmente sensíveis (ALMEIDA FILHO, COELHO, PERES, 1999) que permitam às pessoas com sofrimento mental descobrir ou inventar sentidos, e recuperar ou atingir um lugar no mundo (HELLER, 2004). Nessa linha, Galende (2013) assinala a necessidade de reconhecer e legitimar a existência de práticas de cuidado das comunidades, visto que os serviços de atenção e as disciplinas tanto médica quanto a psicológica, não dispõem de uma verdade científica maior que aquelas práticas, pois o autor defende que a saúde mental não possui um objeto que possa ser abordado pelos critérios formais da ciência.

No sentido antes exposto, parece insuficiente definir a saúde mental como um processo determinado por diferentes componentes como assinalado nas normativas estudadas e se faz preciso avançar para uma definição que considere o objeto complexo da saúde mental a partir de uma perspectiva transdisciplinar (ALMEIDA FILHO, COELHO E PERES, 1999), que integre o científico e tecnológico da medicina com a compreensão social crítica, e que integre a dimensão social e individual da saúde (GALENDE, 2013).

Enfim, se requer de uma política baseada no conhecimento científico mais atualizado, nas necessidades prioritárias das populações, e alinhada como os instrumentos internacionais de direitos humanos como pontoam diversos autores (ALMEIDA, 2019; GALENDE, 2013; AMARANTE, 2012; BARCALA, CABRERA, 2015).

REFERÊNCIAS

AKERMAN, Marco *et al.* Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 11, p. 4291-4300, nov. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>.

ALMEIDA FILHO, COELHO, PERES. O conceito de saúde mental. *Rev. USP*, São Paulo, n.43, p. 100-125, setembro/novembro, 1999.

ALMEIDA FILHO; PAIM, J. S. La Crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica. **Cuadernos Medico Sociales, Rosario**, ARG, v. 75, p. 5-30, 1999.

ALMEIDA, Veronica; CHIDICHIMO, Mariana; COLL, Laura; ORPINELL, Florencia; POCHETTINO, Celina; VALDANO, Laura. DESAFÍOS DE LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL SUSTITUTIVA A LO MANICOMIAL: que abrir para cerrar. Cerrar el manicomio no es achicar el estado. **Cadernos do Ceas: Revista crítica de humanidades**, [S.L.], n. 242, p. 657, set./dez., 2017. Universidade Católica de Pernambuco. <http://dx.doi.org/10.25247/2447-861x.2017.n242.p657-671>.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019.

ALVES DA SILVA, et al. O poderoso Nvivo: Uma introdução a partir da análise de conteúdo. **Revista Política Hoje**. Vol 24, N° 2, 2015

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 143p.

AMARANTE, P.; FREITAS, F.; NABUCO, E.; PANDE, M. N. R. Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica/ From madness diversity to cultural identity: social and cultural movement inside psychiatric reform field. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 4, n. 8, p. 125-132, 2012.

ANTUNES, Sônia Marina Martins de Oliveira; QUEIROZ, Marcos de Souza. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 207-215, jan. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007000100022>. ARGENTINA, Constitución Nacional, 1994

ARGENTINA. DNU N° 908, 2 de agosto de 2016. Cobertura Universal de Salud. Fondo Solidario de Redistribución. Poder Ejecutivo Nacional. Boletín Oficial. Buenos Aires, 3 de agosto 2016(a)

_____. Jefatura de gabinete de Ministros. Memoria detallada de la Nación 2016, Presidencia de la Nación, 1 de marzo de 2017 2016. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/argentina-memoria-detallada-estado-nacion-20.pdf>. Acesso em: 19 de mar 2021.

_____. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de La Nación. **Desafíos de una práctica transformadora dentro de la política Penal**: programa de evaluación y tratamiento a personas con sufrimiento mental en contexto de encierro. Buenos Aires: Ediciones Infojus, 2013. Disponible em: <https://bit.ly/39CEfAK>. Acceso em: 19 de mar 2021

_____. Instituto Nacional de Estadística y Censos. **Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040 total del país**. - 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2013.

_____. Lei N° 26.567, de 25 de novembro de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. Congreso de la Nación. **Boletín Oficial, República Argentina**. 3 de dez. 2010

_____. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. **Indicadores Básicos 2019** (a) Disponible em: <https://bit.ly/3zFxxFm>. Acceso em: 15 abril 2021

_____. Secretaria de Gobierno de Salud. **Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental**, 2019(b) Disponible em: <https://bit.ly/3lZyv9K>. Acceso em: 23 de março 2021

_____. Resolución N°2935, de 6 de novembro de 2019. Digesto-Crease. **Boletín Oficial, República Argentina** 8 de nov. de 2019.(d)

ASE, Ivan. Cobertura Universal en Salud: entre los derechos y el mercado. In: ROSSETTI, Andrés. **Salud mental y derecho**: derechos sociales e intersectorialidad. Córdoba: Espartaco Córdoba, 2018. p. 235-257.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS –. NBR 6023: informação e documentação – referências- elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2018.

BANG, Claudia. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. **Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 109-120, 15 maio 2014. Pontificia Universidad Catolica de Valparaiso. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol13-issue2-fulltext-399>.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; MATTOS, Ruben Araujo de. SOBRE POLÍTICA -: (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, Ruben Araujo de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 82-152.

BARCALA A., CABRERA M. L. La Ley Nacional de Salud Mental y su enfoque de derechos humanos: la interdisciplina y el nuevo rol de la defensa pública. In: FARAONE, S. **Determinantes de la salud mental en ciencias sociales: actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26657**. Ciudad Autonoma de Buenos Aires: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2015, P. 79-87.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 229 p., 2011

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n.3, p. 380-398, 1996

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/norma/579494/publicacao/16434817>. Acesso em: 20 de fev. 2021.

_____. **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. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 9 de junho de 2001. Seção 1.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_final_4_conferencia_saude_mental.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 de dezembro de 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 18 de fev. 2021.

_____._____. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados**. 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/ULv73a>>. Acesso em: 29 nov.2020.

BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de saúde no Brasil. Rev. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2011.

BURIJOVICH, Jacinta. Políticas intersectoriales para el abordaje integral en salud mental: la complejidad de la acción conjunta. In: ROSSETTI, Andrés. **Salud mental y derecho: derechos sociales e intersectorialidad**. Córdoba: Espartaco Córdoba, 2018. p. 221-234.

CABRAL SB, DAROSCI, M A **trajetória das políticas de saúde mental no Brasil: Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019)** III SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

CARVALHO, Horácio Martins de. **Introdução à Teoria do Planejamento**.- 3ª ed.- São Paulo: Brasiliense, 1979.

CAMARGO, Juliane Cristine de; PREUSS, Lislei Teresinha; LACERDA, Marcos Koczur. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E ARGENTINA: uma breve caracterização. In: XV I ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 2014, Natal/Rn. **Anais [...]**. [S.I]: [S.E], 2018. v. 16, p. 1-18.

CANGUILHEM, Georges. **Lo normal y lo patológico**. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores, 1971.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 15, n. 4, p. 679-684, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072006000400017>. Acesso em 12 jul 2021

COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA. **El Impacto de la CUS sobre la salud mental**. 2017. Disponível em: https://cppc.org.ar/el-impacto-de-la-cus-sobre-la-salud-mental/#_ftn1. Acesso em: 13 jul. 2021.

CONIL, Eleonor Minho. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 563-613.

COELHO, Thereza Christina Bahia et al. Discurso de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre o SUS. **Rev. de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 1-8, 3 mar. 2016. Universidade Estadual de Feira de Santana. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.13102/rscdauefs.v5i1.1006>. Acesso em: 13 agosto de 2021

CORREIA JUNIOR, Rubens; VENTURA, Carla Arena. O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil – da legalização da exclusão à dignidade humana. **Rev. de Direito Sanitário**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 40-60, 11 jul. 2014. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v15i1p40-60>.

CRESWELL, J. W **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3 ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

D'AGOSTINO, Agustina María Edna. Políticas sociales en salud mental y transformaciones del Estado en Argentina (1945-1990). **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**, Buenos Aires, v. 62, n. 2, p. 127-138, jun. 2016.

DE LELLIS, Martin de. Salud mental en la agenda de las políticas públicas de salud. **Aletheia**, Canoas, n. 41, p. 8-23, ago. 2013.

FARAONE, Silvia. Reformas en Salud Mental: dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. **Salud Mental y Comunidad**, [S.I.], v. 3, n. 3, p. 29-40, dez. 2013.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. Curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis M. Política de Saúde; Uma Política Social. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. (ORG 's). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro - RJ. Fiocruz, 2008. p. 23 – 64.

GALENDE. **Salud mental y comunidad**. Buenos Aires: Ediciones de La Unla, v. 3, n. 3, 2013.

GARAY, Oscar Ernesto (2017) La legislación sanitaria. **Diccionario Enciclopédico de la legislación sanitaria argentina**. Disponível em: <https://www.salud.gob.ar/dels/node/7>. Acesso em: 18 fev. 2021.

- GARCIA, R. **Dialéctica de la integración en la investigación interdisciplinaria**. In: CUARTAS JORNADAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y PRIMERAS DE MEDICINA SOCIAL. 1990. Disponível em: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/garc%EDa_r_dialectica_%20integracion.pdf
- GIOVANELLA, Ligia. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 6, n. 2, p. 129-153, jun. 1990. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1990000200003>.
- GUIMARÃES, José Maria Ximenes; JORGE, Maria Salette Bessa; ASSIS, Marluce Maria Araújo. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em centros de atenção psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 4, p. 2145-2154, abr. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000400014>.
- HELLER, A. **O cotidiano e a história**. Editora Paz e Terra: São Paulo, 2004
- HERMOSILLA et. al. Los derechos humanos y su impacto en la nueva legislación sobre Salud Mental Perspectivas en Psicología: **Rev. de Psicología y Ciencias Afines**, vol. 12, noviembre, 2015
- HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2009. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000100036>. Acesso em: 15 de novembro de 2020
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 25 nov. 2020.
- JESUS, G; COELHO, T. Condições estruturais dos centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Feira de Santana-BA. **Rev. de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 5, n.o 1, 2015
- KRIPKA, R. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Rev. de investigaciones UNAD**. Bogotá-Colombia Vol. 14 N°2, 2015.
- KHON, R. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. **Rev. Panam Salud Publica.**; 18(4/5):229–40, 2005.
- KORÍN, Maria Milena. **El camino hacia la promulgación de las leyes nacionales de salud mental en Argentina y Brasil**. 2019. Tesis (Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de salud). Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús, 2019.
- LAKATOS, Eva.Maria. **Fundamentos de metodologia científica** - Marina de Andrade Marconi, Eva Maria Lakatos. - 5. ed. - São Paulo: Atlas 2003
- LAURELL, Asa Ebba Cristina. Competing health policies: insurance against universal public systems. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 24, p. 1-8. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1074.2668>.
- LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira; FERIGATO, Sabrina Helena; GOZZI, Alana de Paiva Nogueira Fornereto; FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi; MORATO, Giovana Garcia; CID, Maria Fernanda Barboza; FURLAN, Paula Giovana; MARCOLINO, Taís

Quevedo; MATSUKURA, Thelma Simões. Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 1-3, 2019. Editora Cubo. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoed2701>.

MARAZINA IV. (2011) **A saúde mental pública em América Latina**. Estudo comparativo dos sistemas de saúde mental de Argentina e Brasil. The public mental health in Latin América. Comparative study of public mental health systems in Argentina and Brasil (Thesis). Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MECEIRA, D. Descentralización, financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino. Desafíos para el diseño de políticas. **Rev. Estado y Políticas Públicas** N° 14, pp. 155-17, julio 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000500005>.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; GIOVANELLA, Ligia. Formação em política pública de saúde e domínio da informação para o desenvolvimento profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 601-610, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232007000300010>.

MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNACIONAL. **Vidas arrasadas**. La segregación de las personas en los asilo psiquiátricos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina. Buenos Aires, 2007, 103 p.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008.

MINHO CONILL E. Sistemas comparados de saúde p 563-614. In. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.563-613. (Saúde em debate, 170).

MONIZ BANDEIRA, Luiz Alberto. **Brasil, Argentina e Estados Unidos: conflito e integração na América do Sul (da Tríplice Aliança ao Mercosul), 1870-2003**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010 – 3ª edição revista e ampliada, 669 págs.

MONTEKIO, Víctor Becerril; MEDINA, Guadalupe; AQUINO, Rosana. Sistema de salud de Brasil. **Salud Pública de México**, [S.I.], v. 53, n. 2, p. 120-131, jan. 2011.

MORA-RIOS, J. BAUTISTA, N.; Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. **Salud Mental**, México, D.F., v. 37, n. 4.

OLIVEIRA, Joana D'Arc de Souza; ALVES, Maria do Socorro da Costa Feitosa; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. Riscos ocupacionais no contexto hospitalar: desafio para a saúde do trabalhador. **Rev. de Salud Pública**, v. 11, n.6, p. 909-917, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 11, out. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00156119>.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. El Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas, 2019. Disponível em: <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD **Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates - 2017**. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Políticas de salud pública sobre el consumo de sustancias psicoactivas**. Manual para la planificación en el ámbito de la salud, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53947>

_____, 2013. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Relatorio Mundial sobre Drogas 2018** Disponível em: <http://www.unodc.org/wdr2018/index.html>

_____. **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**. 2017. Disponível em: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Atlas de Salud Mental de las Américas**. 2017 . Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49664>

_____. **Epidemiologia del uso de drogas em America Latina e el Caribe: um enfoque de salud pública**, 2009. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf

ORTUZAR Maria Graciela, (2018). Cobertura Universal de Salud -CUS- vs. Derecho a la Salud. Un análisis ético y político sobre lo “universal” en salud en “tiempos de restauración conservadora”. **RevIISE**. Vol. 12, Año 12. 2018.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 205-218, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015s01018>.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol, M. Z., Almeida Filho, N. (Orgs.) **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

PINTO, I.C de M.; VIERA DA SAILVA, L. M.; BAPTISTA, T.T de F. Ciclo de uma política pública: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**, 1 ed. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2014, p.69-81

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 12, p. 4579-4589, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011001300002>.

POMBO, O. EPISTEMOLOGIA DA INTERDISCIPLINARIDADE. *Ideação*, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 9–40, 2010. DOI: 10.48075/ri.v10i1.4141. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/4141>. Acesso em: 12 dez. 2021.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho; AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; SEVERO, Ana Kalliny de Sousa; NOBRE, Maria Teresa. Intersetorialidade em Saúde Mental: tensões e desafios em cidades do sudeste e nordeste brasileiro. **Revista Subjetividades**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 157, 15 abr. 2018. Fundacao Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v17i3.6075>.

SAMAJA, J. **A reprodução social e a saúde**: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; CARNEIRO, Cleide; GARCIA FILHO, Carlos. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 12, p. 4685-4694, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011001300017>.

SILVA, Gilson Mafacioli da; BECK, Carmem Lúcia Colomé; FIGUEIREDO, Ana Cristina Costa de; PRESTES, Francine Cassol. O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [S.L.], v. 15, n. 2, p. 309-322, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-47142012000200007>.

SMOLEN, J. **Raça/cor da pele, gênero e Transtornos Mentais Comuns na perspectiva da interseccionalidade**, 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, Bahia, 2016.

STAGNARO Juan Carlos *et al.* Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. **VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.**, Vol. XXIX: 275-299, 2018.

STOLKINER A. **Prevención en salud mental: Normativización o desanudamiento de situaciones problema**. IV CONGRESO METROPOLITANO DE PSICOLOGIA. Buenos Aires, Argentina, Abril 1988

STOLKINER, Alicia; COMES, Yamila; GARBUS, Pamela. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 6, p. 2807-2816, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000600019>.

STOLKINER, A. La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. **Rev. Campo Psi.** Año 3. N°10. Rosario. Abril, 1999

_____. Un largo camino hasta la Ley Nacional de Saúde Mental. **Rev. Soberania Sanitaria**, 2020. Disponível em: revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 122-133, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-47142011000100009>.

TELLES, Milla. **Avaliação da Rede Psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. 2020.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, Bahia, 2020.

TESTA, M. **Pensar em saúde.** Artes Médicas, 1992. 226p.

_____. **Pensar em salud.** Ed. Remedios de Escalada. Universidad Nacional de Lanus, 2020. Disponível em: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/12/23/51-2>

_____. Vida. Señas de identidad (Miradas al Espejo) **Rev. Salud Colectiva**, vol. 1, enero-abril, 2005, pp 33-58. Universidad Nacional de Lanus. Buenos Aires, Argentina.

TEXEIRA, et al. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. IV CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. IESUS, VII (2), 1998.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. **Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação?** In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.) Saúde Coletiva: teoria e prática. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. P. 287-301.

TOBAR, F. **Modelo de salud argentino.** História, características, fallas. Diccionario Enciclopédico de la legislación sanitaria argentina. Disponível em: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/el-modelo-de-salud-argentino-historia-caracteristicas-fallas> (Acesso em: 09 mar. 2021)

_____. Breve história del sistema argentino de salud. In Garay, Oscar, **Responsabilidad Profesional de los Médicos.** Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal. 2ª edición corregida y aumentada. Buenos Aires: La Ley.las

USSHER, M. **Salud mental y territorio.** Reflexiones en torno al concepto de intersectorialidad. VII CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACION Y PRACTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGIA XXII JORNADAS DE INVESTIGACION XI ENCUENTRO DE INVESTIGADORES EN PSICOLOGIA. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires, Bs As, 2015

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 11, n. 4, p. 525-531, ago. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692003000400016>.

YIN, ROBERT K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Trad. Daniel Grassi – 2.ed - Porto Alegre: Bookman, 2001

ANEXO

LEGISLAÇÕES EM SALUD MENTAL ARGENTINA 2010 -2019

Data	Documento	Ementa	Código
02/03/2010	Decreto 312/2010	Reglamentación de la Ley N° 22.431; Sistema de Protección Integral de los Discapacitados.	A.SM.D1
05/04/2010	Decreto 457/2010	Modifícase el Anexo II al artículo 2° del Decreto N° 357/02 el Apartado XX correspondiente al Ministerio de Salud.	A.SM.D2
25/11/2010	Ley 26.657	Ley Nacional de Salud Mental Salud Pública Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N° 22.914	A.SM.L3
25/02/2011	Resolución 206/2011	Facúltase al Equipo Interdisciplinario de Discapacidad, dependiente de la Gerencia de Servicios al Beneficiario, a desarrollar tareas de consultoría y evaluación de casos, en el área de su especialidad, a requerimiento de aquellas Obras Sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud que conforman el listado del Anexo I.	A.SM.R4
04/05/2011	Ley 26.682	Marco Regulatorio de Medicina Prepaga	A.SM.L5
05/05/2011	Resolución 435/2011	Apruébase el Proyecto de Convenio del Programa de Relevamiento Asistencial en Discapacidad.	A.SM.R6
14/06/2011	Decreto 806/2011	Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad. Cambio de denominación de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de	A.SM.D7

		las Personas Discapacitadas. Creación del Observatorio de la Discapacidad. Asignación de recursos.	
27/07/2011	Resolución Conjunta 1075/2011 y 1128/2011	Créase el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA).	A.SM.RC8
30/11/2011	Decreto 1993/2011	Reglaméntase la Ley N° 26.682.	A.SM.D9
05/07/2012	Decreto 1089/2012	se reglamenta la ley 26529 sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud	A.SM.D10
16/11/2012	Resolución 1511/2012	Créase el Sistema Único de Reintegro por Prestaciones otorgadas a Personas con Discapacidad. Procedimientos.	A.SM.R11
28/11/2012	Ley 26827	Créase el Sistema Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.	A.SM.L12
18/01/2013	Disposición 90/2013	Categorízase a la institución Fundación CISAM - Centro de Investigaciones para la Salud Mental.	A.SM.DI13
23/01/2013	Resolución Conjunta 10/2013 y 77/2013	Apruébase “Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015”. Objetivos.	A.SM.R14
28/05/2013	Decreto Reglamentario N° 603/2013	Ley N° 26.657. Apruébase reglamentación.	A.SM.DR15

20/11/2013	Disposición 97/2013	Acreditase la Residencia médica de PSIQUIATRIA DE CLINICA DHARMA-SERVICIO DE SALUD MENTAL (C.A.B.A.).	A.SM.D16
30/07/2013	Resolución 961/2013	Créase el Registro Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental.	A.SM.R17
30/12/2013	Resolución 2177/2013	Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018	A.SM.AR18
14/04/2014	Resolución 172/2014	Créase el Programa Nacional de Abordaje Integral para la Prevención, Capacitación y Asistencia de las Adicciones. Resoluciones N° 98/2008 y901/2012. Derogación.	A.SM.R.19
30/04/2014	Ley 26.934	El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley: PLAN INTEGRAL PARA EL ABORDAJE DE LOS CONSUMOS PROBLEMATICOS	A.SM.L.20
19/11/2014	Ley N° 27.043	Declárase de Interés Nacional el abordaje integral e interdisciplinario delas personas que presentan Trastornos del Espectro Autista (TEA).	A.SM.L.21
19/11/2014	Ley N° 27.044	Otórgase jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos delas Personas con Discapacidad.	A.SM.L.22
11/03/2015	Ley N° 27.130/2015	Ley Nacional de Prevención del Suicidio	A.SM.L.23
27/07/2015	Disposición 648/2015	Apruébese la Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad con Deficiencia Mental e Intelectual.	A.SM.DI.24
Octubre/2015	Documento oficial Anexo Res.2248	Marco de referencia para la Formación del Equipo de Salud. Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental	A.SM.DM.25

15/10/2015	Resolución 204/2015	Apruébese el PROGRAMA DE APOYO A LA INTEGRACIÓN SOCIO-LABORAL (Programa PAIS) y el Sistema de ingreso estímulo para la integración socio-laboral.	A.SM.R.26
02/11/2015	Resolución 1992/2015	Modificación de la Resolución N° 428/99, Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.	A.SM.R.27
06/11/2015	Resolución 94/2015	Acéditase la Residencia médica de BIENESTAR MENTAL del SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA (PROVINCIA DE ENTRE RÍOS). Del: 06/11/2015; Boletín Oficial 12/11/2015.	A.SM.R.28
01/12/2015	Resolución 2248/2015	Apruébese el Documento Marco de Referencia para la formación en SALUD MENTAL.	A.SM.R.29
14/01/2016	Disposición 20/2016	Apruébese la nueva solicitud de Certificado Único de Discapacidad (CUD) y el instructivo para el llenado de la misma.	A.SM.DI.30
02/05/2016	Resolución 558/2016	Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad. Modificación.	A.SM.R.31
19/05/2016	Decisión Administrativa 498/2016	Apruébase Estructura Organizativa de primer nivel operativo del Ministerio de Salud.	A.SM.DA.32
15/07/2016	Resolución 1003/2016	Créase la Comisión Ad-Hoc para la Elaboración de Normas de Habilitación de Establecimientos de Salud Mental y Adicciones. Derógase la Resolución Ministerial N° 1484/2015.	A.SM.R.33
02/08/2016	Decreto 904/2016	Fondo Solidario de Redistribución. Mecanismo "Integración".	A.SM.D.34

21/10/2016	Resolución 1876 – E/2016	Apruébanse las “Normas para Habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud Mental y Adicciones sin internación”.	A.SM.R.35
30/09/2016	Decreto 1053/2016	Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones. Transferencia.	A.SM.D.36
27/10/2016	Resolución 406/2016	Fondo Solidario de Redistribución. Cobertura de las prestaciones previstas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. Apertura de una cuenta especial bancaria denominada “CUENTA DISCAPACIDAD”.	A.SM.R.37
28/10/2016	Resolución 1924-E/2016	Modificación de la Resolución Ministerial N° 1876-E/2016, sobre “Normas para fiscalización de establecimientos y Servicios de Salud Mental y Adicciones”.	A.SM.R.38
19/10/2016	Ley N° 27.306/2016	Declárase de Interés Nacional el abordaje integral e interdisciplinario de los sujetos que presentan Dificultades Específicas del Aprendizaje.	A.SM.L.39
11/11/2016	Resolución 2001-E/2016	Actualízase el valor de todos los aranceles vigentes del Sistema de Prestaciones de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad.	A.SM.R.40
07/12/2016	Decreto 1249/2016	Declaración de Emergencia Nacional en materia de Adicciones	A.SM.D.41
08/02/2017	Resolución 58-E/2017	Aranceles de prestaciones por subsidios individuales previstos en el Programa Integral de Atención, Asistencia e Integración de Personas que Presentan un Consumo Problemático de Sustancias. Déjese sin efecto la resolución 188/16.	A.SM.R.42
31/07/2017	Resolución 1045-E/2017	Créase la comisión de asesoramiento en salud mental y adicciones para la habilitación y fiscalización de establecimientos y servicios de salud mental y adicciones.	A.SM.R.43
05/09/2017	Decreto 698/2017	Creación de la Agencia Nacional de Discapacidad	A.SM.D.44

26/09/2017	Resolución 1586 – E / 2017	Créase el programa nacional de subsidios para el mejoramiento en calidad de salud mental y adicciones en dispositivos de salud mental y viviendas asistidas.	A.SM.R.45
03/10/2017	Resolución S.E N° 6/17	Declara la apertura del procedimiento de Selección de las Organizaciones mencionadas en los incs. d), e) y f) del art. 39 del Decreto N°603/12 para integrar el tercer periodo de funcionamiento del Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental.	A.SM.R.46
26/10/2017	Decreto 868/2017	Créase Plan Nacional de Discapacidad.	A.SM.D.47
31/08/2018	Resolución 232/2018	Modifícase la solicitud y el protocolo de evaluación y certificación de la discapacidad.	A.SM.R.48
28/11/2018	Resolución 609/2018	Consejo Consultivo Honorario. Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones.	A.SM.R.49
05/12/2018	Resolución 450/2018	Prorrógase la vigencia del PROGRAMA FEDERAL DE SALUD INCLUIR SALUD hasta el 31 de diciembre de 2019.	A.SM.R.50
07/12/2018	Resolución 453/2018	Apruébese el modelo de Adenda al Convenio Marco y Compromiso de Trabajo Periódico 2019, que regulará el funcionamiento del PROGRAMA FEDERAL DE SALUD INCLUIR SALUD.	A.SM.R.51
19/12/2018	Resolución 512/2018	Modifícase el Modelo de Certificado Único de Discapacidad (CUD) que fuera aprobado mediante Resolución N° 675/2009.	A.SM.R.52
17/01/2019	Resolución 84/2019	Impleméntese el programa nacional de prevención y lucha contra el consumo excesivo de alcohol, creado por la Ley N°24.788. Déjense sin efecto las Resoluciones Ministeriales N°1170/2010 y N°1693- E/2016.	A.SM.R.53

24/04/2019	Resolución 715/2019	Apruébanse las pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de salud mental.	A.SM.R.54
14/06/2019	Resolución Conjunta 5/2019	Pautas para la Organización y Funcionamiento de Establecimientos de Tratamiento en Consumos Problemáticos y Lineamientos de Adecuación Institucional.	A.SM.RC.55
14/06/2019	Documento Anexo	Pautas para la Organización y Funcionamiento de Establecimientos de Tratamiento en Consumos Problemáticos y Lineamientos de Adecuación Institucional.	A.SM.DAN.56
03/07/2019	Decisión administrativa 567/2019	Modificación Presupuestaria	A.SM.DA.57
28/08/2019	Decisión administrativa 732/2019	Modificación Presupuestaria	A.SM.DA.58
22/11/2019	Resolución 3250/2019	Apruébanse las Recomendaciones para la Adecuación hasta la sustitución definitiva de las Instituciones con internación monovalente hacia Redes Integradas de Salud Mental con base en la Comunidad.	A.SM.R.59
19/11/2019	Decreto 777/2019	Apruébase la Reglamentación de la Ley N° 27.043 que declara de Interés Nacional el Abordaje Integral e Interdisciplinario de las Personas que presentan Trastornos del Espectro Autista.	A.SM.D.60

LEGISLAÇÕES EM SALUD MENTAL ARGENTINA 2010 -2019

Data	Documento	Ementa	Código
14/01/2010	Resolução N° 433	Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Quinta Reunião Ordinária do CNS, realizada nos dias 13 e 14 de janeiro de 2010	B.SM.R.1
31/03/2010	Lei N° 12.219	Altera o art. 73 da Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, para permitir que a União possa celebrar convênios com os Estados e o Distrito Federal visando à prevenção e repressão do tráfico ilícito e do uso indevido de drogas, e com os Municípios com o objetivo de prevenir o seu uso indevido, e possibilitar a atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.	B.SM.L.2
29/04/2010	Decreto não numerado	Convoca a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial	B.SM.D.3
20/05/2010	Decreto N° 7.179	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.	B.SM.D.4
17/09/2010	Portaria Conjunta N° 6	Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PETSaúde), o PET-Saúde/Saúde Mental.	B.SM.PC.5
20/09/2010	Portaria N° 2.842	Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas -SHRad.	B.SM.P.6
06/12/2010	Portaria N° 3.796	Institui o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental e define sua composição.	B.SM.P.7

06/10/2011	Resolução N° 448	Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 5 e 6 de outubro de 2011	B.SM.R.8
17/11/2011	Decreto N° 7.612	Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite	B.SM.D.9
23/12/2011	Portaria 3.088	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	B.SM.P.10
23/12/2011	Portaria N° 3.090	Altera a Portaria n° 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).	B.SM.P.1
31/01/2012	Portaria N° 148	Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.	B.SM.P.12
27/06/2012	Portaria N° 1.306	Institui o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial.	B.SM.P.13
22/08/2012	Portaria N° 854	Ficam alterados, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde	B.SM.P.14
22/08/2012	Portaria N° 857	Habilita na Tabela de Incentivos Redes do SCNES dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os seguintes incentivos:	B.SM.P.15

12/09/2012	Portaria N° 953	Fica incluída na Tabela de Habilitação do SCNES: Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.	B.SM.P.16
17/04/2013	Decreto N° 7.988	Regulamenta os arts. 1° a 13 da Lei n° 12.715, de 17 de setembro de 2012, que dispõem sobre o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica - PRONON e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência - PRONAS/PCD.	B.SM.D.17
08/05/2013	Lei complementar N° 142	Regulamenta o § 1o do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social - RGPS.	B.SM.LC.18
07/08/2013	Resolução N° 485	Aprovar a reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde Mental - CISM, para o exercício do mandato de 2013 a 2015, com a composição de 12 (doze) titulares e 10 (dez) suplentes	B.SM.R.19
09/12/2013	Portaria N° 1380	Habilita os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).	B.SM.P.20
29/05/2014	Portaria N° 1.181	Divulga lista do processo de seleção de propostas apresentadas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos Municípios pela Unidade Federativa Estadual com recursos de Emendas Parlamentares, com base na Portaria MS n° 615/2013.	B.SM.P.21
06/06/2014	Portaria N° 1.271	Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.	B.SM.P.22

13/11/2014	Portaria N° 1257	Altera o Anexo da Portaria n° 1.380/SAS/MS, de 9 de dezembro de 2013.	B.SM.P.23
22/12/2014	Lei N° 13.061	Institui o Dia Nacional dos Direitos Fundamentais da Pessoa com Transtornos Mentais.	B.SM.P.24
24/02/2015	Decreto N° 8.410	Promulga o Acordo de Cooperação sobre o Combate à Produção, Consumo e Tráfico Ilícito de Drogas e Substâncias Psicotrópicas entre a República Federativa do Brasil e a República Islâmica do Paquistão, firmado em Brasília, em 29 de novembro de 2004.	B.SM.P.25
29/06/2015	Portaria N° 560	Reclassifica hospitais psiquiátricos para a Classe N I, de acordo com o número de leitos SUS.	B.SM.P.26
06/07/2015	Mensagem de Veto N°246	Vetar parcialmente, por contrariedade ao interesse público e inconstitucionalidade, o Projeto de Lei n° 6, de 2003 (n° 7.699/ na Câmara dos Deputados), que “Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)”	B.SM.M.27
08/09/2015	Consulta Pública N° 9	Torna pública minuta de Portaria que aprova, na forma do Anexo, o texto do "Guia Estratégico de Cuidado em Álcool e Outras Drogas", no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	B.SM.CP.28
18/09/2015	Portaria N° 902	Inclui habilitação em procedimento de Saúde Mental em Hospital Dia na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.	B.SM.P.29
Outubro/2015	Informativo Eletrônico	BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, n° 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015	B.SM.IE.30

18/11/2015	Decreto numerado	Não	Convoca as Conferências Nacionais dos Direitos da Criança e do Adolescente, dos Direitos da Pessoa Idosa, de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, dos Direitos da Pessoa com Deficiência e de Direitos Humanos	B.SM.D.31
17/12/2015	Portaria N° 1.262		Torna sem efeito a Portaria n° 902/SAS/MS, de 18 de setembro de 2015.	B.SM.P.32
27/04/2016	Decreto numerado	não	Institui o Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência, no âmbito do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos	B.SM.D.33
23/05//2016	Exposição Motivos N° 00095/2016	de	Proposta de Medida Provisória, que revoga dispositivos da Medida Provisória no 726, de 12 de maio de 2016, e restabelece dispositivos da Lei no 10.683, de 28 de maio de 2003, com o objetivo de recriar o Ministério da Cultura.	B.SM.EM.34
11/07/2016	Ato do Presidente da Mesa do Congresso Nacional N° 36		A Medida Provisória n° 728, de 23 de maio de 2016, publicada em Edição Extra do Diário Oficial da União do mesmo dia, mês e ano, que "Revoga dispositivos da Medida Provisória no 726, de 12 de maio de 2016, restabelece dispositivos da Lei no 10.683, de 28 de maio de 2003, e cria as Secretarias Especiais dos Direitos da Pessoa com Deficiência e do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional", tem sua vigência prorrogada pelo período de sessenta dias.	B.SM.A.35
20/07/2016	Decreto N° 8.816		Regulamenta a Lei n° 13.284, de 10 de maio de 2016, para dispor sobre a reserva de assentos para pessoas com deficiência e pessoas com mobilidade reduzida.	B.SM.D.36

19/08/2016	Resolução N°536	Aprovar a reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde Mental - CISM, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 12 (doze) titulares e 10 (dez) suplentes	B.SM.R.37
23/11/2016	Lei N° 13.362	Altera a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, que "dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS", para assegurar o atendimento às mulheres com deficiência.	B.SM.L.38
12/12/2016	Lei N° 13.370	Altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, para estender o direito a horário especial ao servidor público federal que tenha cônjuge, filho ou dependente com deficiência de qualquer natureza e para revogar a exigência de compensação de horário.	B.SM.L.39
28/12/2016	Lei N° 13.409	Altera a Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, para dispor sobre a reserva de vagas para pessoas com deficiência nos cursos técnico de nível médio e superior das instituições federais de ensino.	B.SM.L.40
2017	Boletim epidemiológico Volume 48 N 30	Suicídio. Saber, agir e prevenir	B.SM.BE.41
2017	Agenda de ações programáticas estratégicas	Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil	B.SM.AA.42

28/09/2017	Portaria de Consolidação N°3 Anexo V Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.	B.SM.PCS.43
11/10/2017	Portaria N°2.663	Altera a Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.	B.SM.P.44
10/12/2017	Decreto N° 8.954	Institui o Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência e dá outras providências.	B.SM.D.45
14/12/2017	Resolução N° 32	Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	B.SM.R.46
18/12/2017	Portaria N° 3.491	Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017.	B.SM.P.47
21/12/2017	Portaria N°3.588	Altera as Portarias de Consolidação no 3 e n° 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.	B.SM.P.48

21/12/2017	Portaria Interministerial N° 2	Institui o Comitê Gestor Interministerial para atuar no desenvolvimento de programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa.	B.SM.PI.49
26/12/2017	Lei N° 13.585	Institui a Semana Nacional da Pessoa com Deficiência Intelectual e Múltipla.	B.SM.L.50
2018	Projeto de Lei	Dispõe sobre o auxílio-inclusão para a pessoa com deficiência moderada ou grave, deque trata o art. 94 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.	B.SM.PR.51
Janeiro / Fevereiro 2018	Boletim Ano 4 – Edição N° 15	Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: participação social atropelada, de novo	B.SM.B.52
25/01/2018	Resolução N° 35	Estabelece prazo para manifestação dos gestores que receberam recursos de implantação de serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade e não implantaram e efetivaram o seu funcionamento.	B.SM.R.53
25/01/2018	Resolução N° 36	Define o prazo para os gestores enviarem manifestação ao Ministério da Saúde e define a suspensão da transferência dos recursos de custeio referente às habilitações dos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade que não estejam em funcionamento ou não apresentem a produção assistencial registrada nos sistemas de informação em saúde considerando as políticas de atenção à saúde.	B.SM.R.54
31/01/2018	Recomendação N° 01	Recomenda Ao Ministério da Saúde a revogação da Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017	B.SM.REC.55

31/01/2018	Recomendação N° 03	Recomenda a revogação da Resolução n° 32/17 e da Portaria n° 3.588/17, do Ministério da Saúde, que alteraram a Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.	B.SM.REC.56
01/03/2018	Decreto N° 9.296	Regulamenta o art. 45 da Lei n° 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência.	B.SM.D.57
09/03/2018	Resolução N°1	Aprova as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas - PNAD, programas, projetos e ações dela decorrentes sob responsabilidade e gestão da União Federal	B.SM.R.58
25/04/2018	Edital de credenciamento N° 01/2018	Publica a abertura do processo de credenciamento para a contratação de serviços especializados de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário.	B.SM.ED.59
07/05/2018	Portaria N° 544	Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências	B.SM.P.60

11/05/2018	Portaria N° 1.315	Habilita Estados a receberem Incentivo Financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial	B.SM.P.61
11/06/2018	Decreto N° 9.404	Altera o Decreto nº 5.296, de 2 dezembro de 2004, para dispor sobre a reserva de espaços e assentos em teatros, cinemas, auditórios, estádios, ginásios de esporte, locais de espetáculos e de conferências e similares para pessoas com deficiência, em conformidade com o art. 44 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).	B.SM.D.62
11/06/2018	Decreto N° 9.405	Dispõe sobre o tratamento diferenciado, simplificado e favorecido às microempresas e às empresas de pequeno porte, previsto no art. 122 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).	B.SM.D.63
26/07/2018	Decreto N°9.451	Regulamenta o art. 58 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência.	B.SM.D.64
15/08/2018	Portaria N°2.434	Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos.	B.SM.P.65
06/09/2018	Decreto N° 9.494	Altera o Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004, para dispor sobre o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, e o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999,	B.SM.D.66

		para dispor sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência.	
24/09/2018	Decreto N°9.508	Reserva às pessoas com deficiência percentual de cargos e de empregos públicos ofertados em concursos públicos e em processos seletivos no âmbito da administração pública federal direta e indireta.	B.SM.D.67
14/11/2018	Portaria N° 3.659	Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.	B.SM.P.68
22/11/2018	Portaria N° 3.718	Publica lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes.	B.SM.P.69
22/10/2018	Exposição de Motivos nº 00059/2018	Minuta de Projeto de Lei que visa regulamentar o disposto no art. 94 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, ao estabelecer critérios para concessão do auxílio-inclusão à pessoa com deficiência moderada ou grave, e dá outras providências.	B.SM.EM.70
25/10/2018	Portaria N° 3.449	Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras	B.SM.P.71

		drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas.	
14/11/2018	Portaria N° 3.659	Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.	B.SM.P.72
26/12/2018	Lei N° 13.778	Altera a Lei n° 8.036, de 11 de maio de 1990, que dispõe sobre o Fundo de Garantido Tempo de Serviço (FGTS), para possibilitar a aplicação de recursos em operações de crédito destinadas às entidades hospitalares filantrópicas, bem como a instituições que atuam no campo para pessoas com deficiência, e sem fins lucrativos que participem de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS).	B.SM.L.73
2019	Nota Técnica N°11	Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas	B.SM.NT.74
03/03/2019	Recomendação N°3	Recomenda a revogação da Resolução n° 32/17 e da Portaria n° 3.588/17, do Ministério da Saúde, que alteraram a Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.	B.SM.REC.75
19/03/2019	Portaria N°562	Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED.	B.SM.P.76

19/03/2019	Portaria N°563	Cria o cadastro de credenciamento das comunidades terapêuticas e das entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares, e estabelece regras e procedimentos para o referido credenciamento no âmbito do Ministério da Cidadania.	B.SM.P.77
19/03/2019	Portaria N°564	Institui a Certificação de Qualidade dos Cursos de Capacitação para Comunidades Terapêuticas.	B.SM.P.78
11/04/2019	Decreto N° 9.761	Aprova a Política Nacional sobre Drogas.	B.SM.D.79
26/04/2019	Lei N° 13.819	Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998.	B.SM.L.80
04/06/2019	Lei N° 13.832	Altera a Lei n° 8.036, de 11 de maio de 1990, que dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), para viabilizar a aplicação de recursos do Fundo em operações de crédito destinadas às entidades hospitalares filantrópicas, bem como a instituições que atuam no campo para pessoas com deficiência, sem fins lucrativos, que participem de forma complementar do Sistema Único de Saúde(SUS).	B.SM.L.81
05/06/2019	Lei N°13.840	Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de	B.SM.L.82

		janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.	
19/07/2019	Decreto N° 9.926	Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.	B.SM.D.83
16/08/2019	Portaria N° 2188	Aprova o Relatório Final do Inventário dos acervos arquivísticos, bibliográficos e museológicos do antigo Hospital Federal Centro Psiquiátrico Pedro II, atual Instituto Municipal Nise da Silveira, com a finalidade de viabilizar os procedimentos necessários à regularização do processo de transferência de guarda patrimonial à Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro.	B.SM.P.84
09/12/2019	Portaria N° 3.192	Habilita município a receber incentivo financeiro referente à equipe de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP).	B.SM.P.85
16/12/2019	Decreto N° 10.177	Dispõe sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.	B.SM.D.86
24/12/2019	Portaria N° 3.762	Habilita Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC a ser incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC dos Estados e Municípios.	B.SM.P.87

27/12/2019	Portaria N° 3.837	Publica a Desabilitação do recebimento do incentivo, em parcela única, dos Leitos de Saúde Mental, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, nos Municípios de Dracena - SP e Palmas - PR.	B.SM.P.88
------------	-------------------	---	-----------