

**ARTIGO - ARTICLE - ARTÍCULO****Intersectorialidade e interdisciplinaridade: concepções expressas em políticas de saúde mental de Argentina e Brasil, no período 2010-2019**

Intersectoriality Interdisciplinarity: conceptions expressed in mental health policies in Argentina and Brazil, from 2010 to 2019

Intersectorialidad e interdisciplinariedad: conceptos expresados en las políticas de salud mental de Argentina y Brasil, en el período 2010-2019

Veronica Maria Cecilia Cancinos , Thereza Christina Bahia Coelho 

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

RESUMO

Introdução: Estudos mostram que as perspectivas interdisciplinar e intersectorial das políticas de saúde mental se constituem nos temas mais comentados e, ainda, os mais controvertidos do campo da saúde mental. Existem três eixos nos novos paradigmas de saúde mental – intersectorialidade, interdisciplinaridade e atenção primária de saúde – que geram o desafio de construir estratégias de intervenção complexas. **Objetivo:** Esse estudo analisa o caráter intersectorial e interdisciplinar das políticas de saúde mental da Argentina e Brasil, no período de 2010 a 2019, e os fatores políticos e sociais que influenciaram na dinâmica do setor das políticas de saúde mental. **Metodologia:** A pesquisa de abordagem qualitativa utilizou o método de estudo de casos múltiplos e a análise documental. Os dados foram organizados com auxílio das ferramentas do software QSR NVivo10 e a análise de conteúdo identificou as concepções expressas nas legislações e a literatura que problematiza o modelo de cuidado em saúde mental. **Resultados:** Nos documentos analisados de ambos os países, registrou-se a ausência do conceito de saúde mental o uso de terminologias que reforçam a concepção do sofrimento mental afinados com lógicas manicomiais codificadoras de modos de pensar e atuar das pessoas em consonância com os manuais de classificação internacional para uso clínico. **Conclusão:** As conceituações expressas nas políticas de saúde mental na Argentina e no Brasil obedeceram ao paradigma de direitos humanos e à necessidade de adequar o cuidado à Atenção Primária em Saúde. Entretanto, os conceitos apresentados no plano formal nem sempre se traduziram em normativas que os tornem operativos e avancem para uma inter e transdisciplinaridade que vá além da multiprofissionalidade e pluri-institucionalidade através de planos e programas específicos. Conceitos que ponderem a subjetividade e os diferentes modos de sofrimento psíquico devem articular o mundo simbólico e social dos sujeitos, mas também sustentar serviços de cuidado da saúde mental eficazes, efetivos e eficientes.

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

Histórico do Artigo

Recebido	14 Agosto 2023
Aprovado	01 Abril 2024

Correspondência

Veronica Maria Cecilia Cancinos
NUSC - UEFS
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana
Av. Transnordestina s/nº, bairro Novo Horizonte, CEP: 44036-900 - Feira de Santana, Bahia.
E-mail: vmccancinos@gmail.com

Como citar

Cancinos VMC, Coelho TCB. Intersectorialidade e interdisciplinaridade: concepções expressas em políticas de saúde mental de Argentina e Brasil, no período 2010-2019. Rev. Saúde Col. UEFS 14(2): e10122.

INTRODUÇÃO

As reformas no campo da saúde mental aconteceram, a partir da segunda metade do século XX, e introduziram políticas de saúde mental em diversos países que visavam transformar o sistema manicomial para uma atenção de saúde mental na comunidade, com mudanças na estrutura dos serviços, foco na prevenção e promoção da saúde na cobertura de diversas problemáticas, com propostas de resgate do social e abordagem integral da saúde^{1,2,3}.

Nessas abordagens do novo paradigma, a proteção de direitos e a construção de cidadania na perspectiva da reinserção social constituíram estratégias fundamentais, que privilegiam o convívio com a família na própria comunidade e a ideia de loucura não mais como defeito, falha ou desqualificação⁴. Assim, reconhecem múltiplos entrecruzamentos no campo de problemáticas em contextos complexos e orientam as práticas de acordo com três eixos: intersectorialidade, interdisciplinaridade e atenção primária de saúde (APS). Estas novas bases geram o desafio de construir estratégias de intervenção que possam articular as demandas da comunidade com a oferta de serviços promovendo a saúde e o cuidado ao sofrimento subjetivo^{4,5,6}.

Nesse sentido, diversos estudos^{7,8} mostram a forma como as novas concepções têm conduzido a construção de estratégias inovadoras de abordagem à saúde mental, que se nutriram delas para fazer propício um caminho de restituição subjetiva enquanto se articulam com as práticas do setor.

Concepção aqui é entendida como o ato de conceber e o objeto concebido; como conceito resultante de um processo de descrição, classificação e previsão de objetos, tanto em relação à sua natureza (essência necessária), quanto função, sendo que os modelos são sistematizações com base em conceitos-chaves que permitem cálculos empíricos e previsões⁹. As atividades são ações estruturadas que podem ser guiadas por um saber que pode ser reprodução da experiência (instrumental) ou conhecimento teórico ontológico e processual, o que confere mais liberdade de ação. Já, a práxis é palavra grega para ação, mas denota, para o materialismo histórico, ação transformadora das relações de poder e das condições materiais e simbólicas de existência¹⁰.

No entanto, as concepções como construções abstratas representam um tipo de poder (técnico), dentre outros, que intervém nos problemas de saúde compostos por inúmeros fatores relacionados. Isto é, uma ação em saúde tendente a resolver um problema envolve (ou não) deslocamento de poder¹¹, em especial nas políticas de saúde mental que tomam como modelo de atenção integral a ação coletiva de equipes multidisciplinares e multiprofissionais, orientada para o empoderamento do usuário dos serviços a partir de princípios como cidadania, democracia, territorialidade e equidade.

Na medida em que os problemas de saúde são problemas sociais, se faz necessário conceituá-los e analisá-los na sua distribuição setorial, sendo um dos eixos principais dos objetivos propostos pelas reformas legislativas em saúde mental^{12,13,14}.

Autores^{13,15} apontam para a necessidade de serviços de cuidado mental culturalmente sensíveis, para maior resolutividade das suas ações. Segundo Akerman et al.¹³, a intersectorialidade é definida como 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.

Assim, o conceito de saúde mental assume 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, vinculando-se a uma pauta emancipatória do sujeito e de transgressão do instituído^{15,16}.

A questão suscitada é se Estado terá capacidade de implementar e gerir estratégias e serviços que ampliem as oportunidades de vida mental saudável para quem está excluído.

No mesmo sentido, as reformas do campo saúde mental apresentam como foco, de maneira singular, o trabalho interdisciplinar e as equipes interdisciplinares, a destituição da exclusividade do saber-poder médico¹⁷, abrindo a possibilidade de partilha da atenção aos portadores de doenças mentais com outros profissionais da saúde e campos afins. Representa um deslocamento no modelo analítico de uma ciência¹⁸, para abordar o vazio entre as diferentes disciplinas tributárias de um problema, restaurando a continuidade entre elas e alcançar um saber transdisciplinar que consiga dar resposta aos problemas complexos como os da área da saúde que exigem análises mais integradas¹⁹.

Os conceitos de espaço e tempo são retomados como dimensões que se estruturam na interação social e apresentam um papel fundamental nas estratégias de abordagem da saúde mental, constituindo o marco que permite ações multidimensionais desenvolvidas nos espaços sociais próximos aos destinatários^{12,20}, no que se refere à própria noção de vida^{21,22,11}.

Nas reformas de saúde mental na Argentina e Brasil que introduzem esses conceitos, se encontram dificuldades de concretização na gestão das políticas de saúde mental que apontam para brechas e ambiguidades conceituais instrumentalizando resistências às mudanças de modelo de atenção, compondo uma tendência contra reformista^{23,24}.

Desse modo, convém ainda tirar da zona do senso comum conceitos muito debatidos e nem sempre convergentes como: disciplina, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

O exame da palavra “disciplina”, que atualmente entendemos como um dado campo de saber composto por princípios, regras e métodos específicos remete ao termo *discipuli* referente aos seguidores de uma escola de pensamento e prática, com seus métodos e modos de ensino-aprendizado que passam a “designar uma matéria ensinada, um ramo particular do conhecimento, o que depois viria a se chamar de ‘ciência’, com seus campos de discussão e aplicação. Entretanto, pari passu com a complexidade alcançada pela

ciência moderna, cresce a consciência de que novos conceitos devem acompanhar a mutação dos problemas e modelos propostos para sua resolução²⁵.

Jantsch²⁶ é um dos primeiros autores que se esforçam para analisar, no início da década de 70, a constelação dos termos existentes. Com base na sua proposta e de Stember²⁷, considera-se aqui:

- Intradisciplinar (Intradisciplinary): trabalho integrado dentro da mesma disciplina;
- Multidisciplinaridade (Multidisciplinarity): justaposição de várias disciplinas sem relações explícitas em que cada uma oferece sua contribuição para abordar uma questão/objeto;
- Pluridisciplinaridade (Pluridisciplinary): grupo de disciplinas relacionadas habitando um mesmo nível hierárquico de saberes de maneira a ressaltar suas relações;
- Interdisciplinar (Crossdisciplinarity): disciplina é abordada a partir da perspectiva de outra.
- Interdisciplinar (Interdisciplinarity): Axioma comum a um grupo de disciplinas integradas onde cada uma contribui com seu conhecimento para a produção de uma síntese de conhecimentos e métodos;
- Transdisciplinaridade (Transdisciplinarity): Coordenação de disciplinas para a formação de axiomas gerais em um novo nível epistemológico.

Diante dessas considerações, este artigo se propõe a analisar as políticas de saúde mental entre dois países da América Latina, Brasil e Argentina, em um período de 10 anos, por meio de uma perspectiva comparada, de modo a identificar as concepções relacionadas aos componentes da intersectorialidade e da interdisciplinaridade presentes na legislação e documentos técnicos que formalizam tais das políticas.

METODOLOGIA

O estudo apresenta um enfoque qualitativo e utilizou o método de estudos de casos múltiplos. Trata-se de uma pesquisa comparada das políticas de saúde de Argentina e Brasil que recorre à análise documental para alcance dos seus objetivos.

A seleção dos documentos orientou-se a buscar referências da perspectiva intersectorial e interdisciplinar nas políticas de saúde mental na Argentina e o Brasil, no período 2010-2019. O critério de seleção do início do período se vincula ao ano em que as temáticas da intersectorialidade e interdisciplinaridade passaram a compor documentos de relevância na política local dos ambos os países^{4,5}.

Totalizam a seleção realizada, 19 normativas – 13 para a Argentina e 6 seis para o Brasil – de um total de 148 legislações que introduzem a perspectiva intersectorial e interdisciplinar em saúde mental, no período de 2010-2019.

Nesse sentido, se incluiu a revisão e análise dos documentos oficiais, em sites e portais oficiais de publicação. Também se utilizaram documentos de setores sociais, organismos e instituições influentes do 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 saberes²⁸.

Os dados foram coletados ao longo dos meses de dezembro de 2020 até abril de 2021.

Destaca-se a utilização do software QSR NVivo Versão 10 na etapa de pré-análise de dados dos documentos examinados, para a identificação de referências relacionadas às categorias previamente selecionadas na elaboração do referencial teórico: intersectorialidade, interdisciplinaridade e expansão de serviços comunitários. Os resultados foram analisados quantitativamente, com base no cálculo de

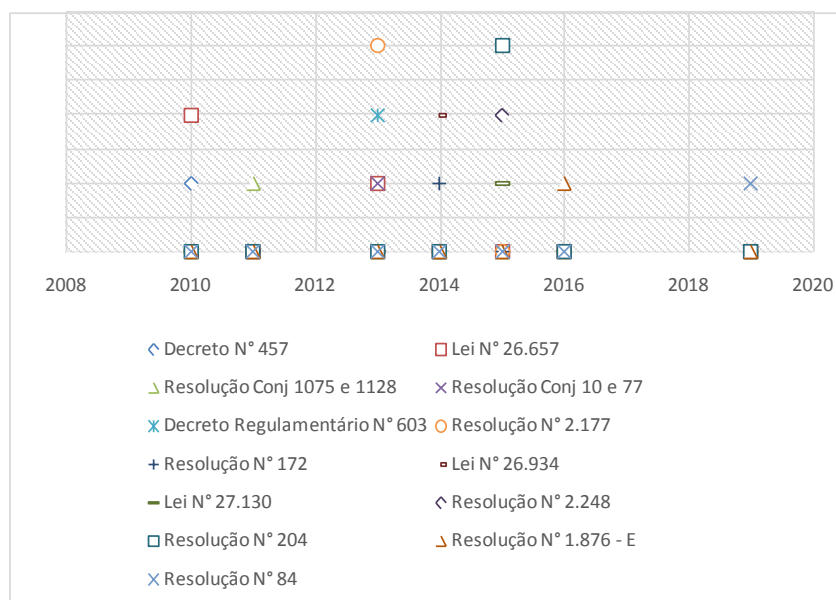


Gráfico 1. Linha do tempo de legislações, na Argentina, 2010-2019

Fonte: Elaborado pelas autoras.

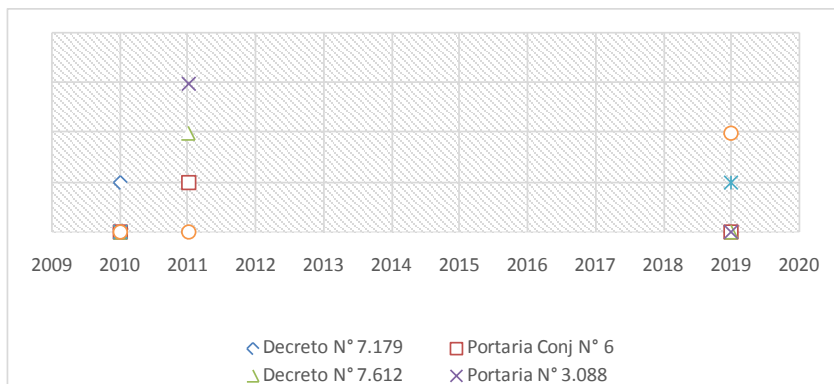


Gráfico 2. Linha do tempo das legislações, no Brasil. Período 2010-2019

Fonte: Elaborado pelas autoras.

frequência textual e qualitativamente tanto na identificação de tendências quanto ao aspecto de conteúdo, obedecendo as orientações de Bardin^{29,30}. Em seguida, foram interpretados e discutidos em referência à literatura que problematiza a questão do modelo de cuidado em saúde mental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Comparando-se a linha do tempo entre Brasil e Argentina, no período estudado, observa-se uma produção legislativa maior na Argentina para as normativas de caráter interdisciplinar e intersetorial, no período de institucionalização da lei principal, e uma produção significativamente menor no Brasil, após de mais de 10 anos de sancionada a lei nacional de saúde mental, no ano 2001. Assim, a sanção das normativas selecionadas apresenta uma sequência regular na Argentina (Gráfico 1) e encontram-se polarizadas nos anos 2010-2011, e no ano 2019 para o Brasil (Gráfico 2).

As referências das categorias **intersectorialidade**, **interdisciplinaridade** e **expansão de serviços comunitários**, foram identificadas pelo software NVivo, apresentaram frequência desigual na legislação estudada (Tabela 1).

A intersectorialidade apareceu em 62 referências, em 17 documentos, seguida da interdisciplinaridade (11/44), interinstitucionalidade (3/6) e expansão dos serviços comunitários (10/35).

Tabela 1. Frequência de referências às categorias intersectorialidade, 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: Elaborado pelas autoras.

Destaca-se que a categoria **interinstitucionalidade** é utilizada para se referir a atores institucionais e órgãos do Estado nacional o que configura uma categoria imprecisa, não definida na literatura, e se relaciona com a de intersectorialidade.

A última categoria, **expansão de serviços comunitários**, emergiu do nível empírico a partir da elevada recorrência nos textos, em linha com as concepções de saúde mental identificadas.

Na análise dos documentos argentinos, ressalta-se uma concepção de saúde mental que compõe a Ley Nacional de Salud Mental (LNSM)¹⁴, principal normativa da legislação argentina, que dialoga com as posteriores e introduz uma ruptura na histórica enunciação do problema objeto de intervenção frisando os componentes socioeconômicos, culturais, biológicos e psicológicos do processo de saúde-enfermidade/transtorno-atenção. Ainda mais, a lei que regula a LNSM coloca conceitos de características histórico-sociais, tais como padecimento e sofrimento.

Além disso, a regulamentação da LNSM simultaneamente introduz noções tais como enfermidade e transtorno mental, de sentidos opostos aos antes expostos, que envolvem dimensões que impactam na construção de práticas no campo da saúde mental, possibilitando à psiquiatria novos nichos de controle social que instituem inovações ao processo de medicalização e práticas de asilo institucional baseados em estratégias de disciplinamento extramuros³¹.

No caso do Brasil, identificou-se a ausência de definição de saúde mental nas normativas estudadas, inclusa a lei nº 10.216 de 2001³², que incorpora as principais reivindicações da Reforma Psiquiátrica e à qual são remetidos certos pressupostos conceituais. Entretanto, define como destinatários das normativas as pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, sem definir esses termos.

A omissão desses conceitos centrais na legislação examinada exemplifica a dificuldade de comparar países em conjunturas políticas que não podem ser tomadas como equivalentes apenas com base na categoria tempo, mas que se aproximam pela condição geopolítica que os unifica, 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.

Por outro lado, a ausência conceitual ou sua presença presumida torna-se significativa diante do seu papel norteador para a compreensão de fenômenos da saúde e práticas que se associam à emergência de conceitos decisivos na história sanitária, detendo relevância maior perante a recorrente invisibilização dos componentes subjetivos e a desvalorização social e científica – desde o positivismo biomédico – da subjetividade em relação a outras dimensões e saberes. Ainda mais, essa perda conceitual vem a fragilizar o uso dos termos, favorecendo o desvirtuamento.

Não à toa, em ambos os países, registrou-se o uso de conceitos que reforçam concepções patologizantes do sofrimento mental como a utilização de **transtorno** ou **enfermidade** que focam em lógicas manicomiais relacionadas à codificação dos modos de pensar e atuar das pessoas conduzida pelos manuais de classificação internacional de uso clínico, principalmente a da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), da OMS; e do Manual de Diagnóstico Estadístico de Saúde Mental (DSM), da APA, que ao longo dos anos tem ampliado sua classificação de forma exponencial, abrangendo episódios vitais da existência e aspectos da vida cotidiana das pessoas^{31,33}. A presença de tais termos pontua a disciplinaridade e faz desaparecer os prefixos que a limitam (multi, inter, trans).

No plano discursivo, tanto as normativas argentinas quanto as brasileiras, promovem a implementação de práticas de saúde mental na comunidade e restituem direitos^{8,23}, o que encontra-correspondência nos enunciados da literatura.

Contudo, no caso argentino, se percebe a persistência de enunciados relacionados ao modelo de cuidado mais assistencialista e focado no indivíduo e nas doenças. No que se refere à coordenação do setor saúde mental com outros setores, não resulta clara a natureza dessa articulação ou não se anuncia.

Já, o caráter intersetorial nas normativas brasileiras referentes à saúde mental esteve fortemente direcionado, entre 2010 e 2019, para a problemática do uso e dependência de drogas lícitas e ilícitas, nas quais sobressaem a articulação entre diversos setores, dentre eles educação e justiça, atividades de avaliação, tratamento e reinserção social.

Aparece também a gestão em destaque, o que permite refletir sobre a importância da implementação da ação intersetorial por meio de uma gestão ativa que promova acordos entre atores, iniciativas, resolva dificuldades, transforme concepções^{13,14,33}.

Enfim, destaca-se o trabalho intersetorial brasileiro conduzido pelo modelo de cuidado em redes integradas, como as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), que busca articular não apenas os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), pontos e serviços de Atenção às Urgências e Emergências, unidades

de acolhimento, Consultórios de Rua e os dispositivos que compõem a Atenção Primária à Saúde e a Média e Alta Complexidade (Hospitais), o que redistribui o poder promovendo a participação comunitária³⁴.

Por outro lado, tem-se a interdisciplinaridade como um dos elementos diretrizes que orientam as mudanças nos modelos de cuidado dos ambos os países. Porém, existe um uso alternado desta palavra com outra correlacionada, mas não sinônimo, que é a multiprofissionalidade, o que motiva a reflexão sobre a clareza desses conceitos e o seu impacto no entendimento e na práxis. Profissões diferentes como a medicina e a enfermagem, por exemplo, compartilham muitas disciplinas, o que não ocorre com a sociologia ou a antropologia. Entretanto, para atuar sobre a determinação social da saúde, ambos os campos disciplinares contribuem de modo fundamental, fazendo com que profissionais de um campo atuem no outro dando margem à abertura necessária às práticas multiprofissionais. A confusão conceitual na legislação provavelmente reflete a confusão na própria literatura da área, que deve precisar melhor os conceitos que utiliza.

Com referência à interdisciplinaridade nas normativas brasileiras, novamente sobressai a problemática psicossocial do uso de drogas lícitas e ilícitas, associada às diferentes instâncias de acolhimento e de cuidado: prevenção, tratamento, recuperação e reinserção, resposta de uma política nacional voltada para os efeitos e não para as causas. Assim, o elemento interdisciplinar aparece articulado à capacitação e relacionada aos diferentes sistemas como o Sistema Universal de Saúde (SUS) brasileiro, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e o Sistema Único de Segurança Pública (SUSP), indicando que problemas mentais ainda circulam no âmbito da polícia.

A perspectiva interdisciplinar das normativas argentinas explicita um modelo de cuidado focado nos aspectos saudáveis e na capacidade das pessoas, no entanto, persiste a perspectiva clínica centrada em sintomas, transtornos e enfermidades, relacionando-se particularmente com a temática do internamento não voluntário. Nesse aspecto, se destaca a abordagem interdisciplinar em dispositivos que atuam nas instituições penitenciárias, até porque as penitenciárias estão em outro setor, o de segurança pública/justiça, de modo que a interinstitucionalidade, nesse caso, é praticamente obrigatória.

Ainda mais, se identifica uma ausência geral da convocação para um saber transdisciplinar que restitua a continuidade das disciplinas, incluso nas normativas brasileiras que se correspondem com um modelo de atenção com a atenção integrada pressuposta e que possui uma estrutura sanitária afim a ela.

Assim, destaca-se a interdisciplinaridade como um dos aspectos mais resistidos problemáticos das mudanças que as recentes normativas almejam introduzir. A composição é escassamente explicitada e continua se apresentando o médico como figura em realce, o que afeta a multiprofissionalidade proposta e, com ela, a interdisciplinaridade, tornando a transdisciplinaridade quase uma utopia. Em algumas normativas,

o trabalho interdisciplinar está ausente e se focaliza de maneira exclusiva na intersectorialidade.

Diante do exposto, existe um claro contraste entre a relevância dada pela literatura para os paradigmas de saúde mental e a escassa representação das categorias estudadas, nos eixos das legislações da Argentina e o Brasil. Existe também uma convivência com enunciações que traduzem princípios contrários.

Enfim, resulta evidente que os Estados não têm construído políticas e normativas operativas suficientes para promover o abandono do modelo baseado nas práticas manicomiais e sua substituição para um cuidado focalizado na vida em comunidade das pessoas em sofrimento mental^{35,36}.

Particularmente, se destaca que a atenção da saúde mental de abordagem intersectorial interdisciplinar nas escassas normativas brasileiras do período se apresenta de forma mais consistente com a literatura e o arcabouço legislativo internacional, em comparação com os conteúdos das legislações argentinas. No entanto, sobressai que tais abordagens se relacionam de forma predominante com a problemática de uso de drogas lícitas e ilícitas e, em menor medida, com outras problemáticas psicossociais.

Devem ser ressaltadas as circunstâncias históricas que atravessaram a construção do modelo brasileiro de atenção à saúde, com o reconhecimento da saúde como direito cidadão e a criação do SUS, inscrito na Constituição Federal de 1988, e a mais recente demanda da construção de redes intersectoriais e interdisciplinares para o modelo de atenção nascida dentre as necessidades identificadas pelos participantes da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial⁴, acontecimento que representa a participação organizada de diferentes setores sociais na tomada de decisões com respeito à saúde mental.

Para um sistema de saúde argentino fragmentado em três setores (setor da seguridade social, setor público e setor privado), que apresentou historicamente reiteradas tentativas para atingir sua integração, com resultados negativos³⁷, é esperável que a articulação intersectorial no setor específico da saúde mental represente um desafio, encontrando 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 propõe Testa¹¹.

No que tange à participação social nas políticas argentinas, apresentam-se poucas experiências consistentes que permitam identificar estratégias apropriadas para diferentes contextos, apesar de terem sido incorporadas pela democratização, existindo práticas coletivas locais bem-sucedidas, mas que não conseguem influir no desenho das políticas nacionais³⁸.

Assim, ações baseadas nos eixos dos exigentes novos paradigmas em saúde mental requerem um deslocamento de poder e redistribuição para diferentes setores.

No entanto, em discordância com a legislação vigente, o poder político do Estado avança para uma maior

mercantilização da saúde, hipermedicalização da saúde mental, com retomada de diretrizes voltadas para o assistencial e setorial; formulação de normativas tendentes a redefinir as relações entre os prestadores e usuários tornando-a de caráter comercial; falta de legislação que promova a criação de serviços substitutivos ao longo do território nacional, revogação de leis, adequação de normativas que limitam o processo. Tendências que se apresentam em concordância com as tendências emergentes nos países de América Latina^{39,40}.

No que se refere ao poder político que detém a sociedade civil, este encontrou-se limitado no período estudado. Apesar de ter sido institucionalizada no Brasil por meio dos conselhos e das conferências de saúde mental pensadas para acontecer a cada quatro anos, a paralização do financiamento pelo lapso de 13 anos significou um grande retrocesso na participação da sociedade civil para se envolver nos rumos que adotam as políticas públicas da área. Na Argentina, existem instâncias de participação social que reproduzem as desigualdades do sistema de saúde argentino descentralizado, o que adquire formas relativamente próprias, como resultado das relações de poder existentes em cada província.

Outro importante capítulo relacionado ao poder diz respeito ao acesso à informação que possibilita o controle e à tomada de decisões. Nos casos estudados, este poder é frágil. Identificaram-se obstáculos para dispor da informação sanitária, de articulação de setores e de financiamento. Tais tendências têm se mantido nos últimos anos, sobretudo nas regiões caracterizadas por maior iniquidade, sendo necessários novos estudos que pesquisem as singulares circunstâncias que adquire a atenção da saúde mental com base nos paradigmas vigentes.

À vista do exposto, a legislação sobre **intersectorialidade, interdisciplinaridade e expansão de serviços comunitários**, na Argentina e Brasil, sugere que o poder político intersecta-se com o poder técnico e administrativo do campo da saúde mental para limitar a mudança do modelo de atenção e as possibilidades de participação social, o que cria um contexto escasso de representação dos interesses de diferentes setores sociais e impacta nas oportunidades de quem está excluído, aprofundando a desigualdade para acessar o direito à saúde mental, convalidada pelo corpo normativo.

CONCLUSÕES

As conceituações expressas nas políticas de saúde mental, na Argentina e no Brasil, respondem tanto ao paradigma de direitos humanos, quanto da APS. Assim, introduziram-se novos saberes e práticas de cuidado.

Muitos destes conceitos possuam um caráter discursivo sem se transpor para o plano prático da construção de normativas que os tornem operativos, através de planos e programas específicos. Ainda, têm sido utilizados para tergiversar sobre o intuito original de promover a cidadania das pessoas em sofrimento mental e legitimar políticas contrárias.

Assim, o componente participativo tanto quanto as perspectivas de abordagem intersetorial e interdisciplinar aqui expostas, sofreram esse destino.

À vista da significativa ausência de um conceito de saúde mental na legislação estudada e levando-se em consideração que: os conceitos são dinâmicos; o período pandêmico com desiguais impactos a nível socioeconômico e nas condições subjetivas; a conjuntura geopolítica e local que reforçou as tendências identificadas no período 2010-2019; e, ainda, que não existe uma teoria no campo da saúde mental que unifique disciplinas, se faz necessário o posicionamento no que se refere aos conceitos que ponderem a subjetividade, isto é, a diferença que caracteriza os modos de sofrimento psíquico, inseparável do mundo simbólico e social dos sujeitos, para indicar dispositivos de cuidado da saúde mental eficazes, efetivos e eficientes.

Essas definições dos conceitos constituem uma tentativa de ordenar a realidade, facilitar o diálogo entre os atores, e orientar as práticas no confuso plano do simbólico onde se desenvolve a luta pelo poder no sentido de domínio das interpretações, da construção de significados e valores que apontam para certas possibilidades de pensamento e orientam os caminhos na resolução dos problemas locais.

No momento de retomada do modelo de atenção psicossocial, no Brasil e, pelo contrário, de profundas perdas do Estado argentino democrático, se percebe como imprescindível legitimar saberes que permitam conduzir na direção de práticas terapêuticas que contemplem o complexo objeto da saúde mental. Nesse sentido, as práticas de cuidado das comunidades em confluência com intervenções de perspectiva transdisciplinar que integrem ciência e tecnologia com as diversas dimensões da saúde, em profunda consonância com os instrumentos internacionais de direitos humanos, permitirão dar resposta adequada aos diferentes momentos das políticas sociais promovendo uma defesa permanente das conquistas adquiridas.

REFERÊNCIAS

1. Organización Pan-americana de la Salud. Atlas de Salud Mental de las Américas. 2017. [Internet]. Washington: PAHO; 2018. [acesso em 1 fev 2022]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49664>.
2. Bang C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad* 2014; 13 (2): 109-120.
3. Cabral SB, Darosci, M. A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil: uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019) In: Anais do III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social 2019 [nov 13 – 14] Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/202550>.
4. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BR). Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial [Internet]. Brasília: CNS/MS; 2010. [acesso em 1 fev 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_final_4_conferencia_saude_mental.pdf.
5. Argentina. Congreso de la Nación (AR). Boletín Oficial, República Argentina. Ley N° 26.567, de 3 de dezembro de 2010. Ley Nacional de Salud Mental [Internet]. [acesso em 1 fev 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
6. Congreso de la Nación (AR). Boletín Oficial, República Argentina. Decreto Reglamentario n° 603/2013, de 28 de maio de 2013 [Internet]. [acesso em 1 fev 2022]. Disponível em: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>
7. Almeida V, Chidichimo M, Coll L, Orpinell F, Pochettino C, Valdano L. Desafios 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* 2017; 242: 657-671.
8. Millani HFB, Valente MLLC. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)* 2008; 4(2):1-19.
9. Abbagnano, N. Dicionário de filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
10. Coelho TCB. Atividades e productos: tijolo por tijolo. P. 137-148. In: Coelho TCB, Teles MPFS. *Processo de trabalho em saúde: a produção do cuidado*.
11. Testa M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas/Abrasco; 1992.
12. Ussher M. Salud mental y territorio. Reflexiones en torno al concepto de intersectorialidad. In: Anais do VII Congreso Internacional De Investigación y Practica Profesional En Psicología. XXII Jornadas De Investigación XI Encuentro De Investigadores En Psicología. [nov 25-28]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2015.
13. Akerman M. et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(11):4291-4300.
14. Burijovich, J. Políticas intersectoriales para el abordaje integral en salud mental: la complejidad de la acción conjunta. In: Rossetti A. *Salud mental y derecho: derechos sociales e intersectorialidad*. Córdoba: Espartaco Córdoba; 2018. p. 221-234.
15. Almeida Filho N, Coelho MAT, Peres MFT. O conceito de saúde mental. *Revista USP* 1999; 43:100-125.
16. Amarante P, Freitas F, Nabuco E, Pande M. Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social

- cultural no campo da reforma psiquiátrica. *Cad. Bras. Saúde Ment.* 2012; 4(8):125-132.
17. Foucault M. Nascimento da Biopolítica. Curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes; 2008.
18. Pombo O. Epistemologia da interdisciplinaridade. *Ideação* 2010; 10(1):9-40.
19. Testa M. Vida. Señas de identidad (Miradas al Espejo). *Rev. Salud Colectiva* 2005; 1(1):33-58.
20. Bang, C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad* 2014; 13(2):109-120.
21. Canguilhem, G. Lo normal y lo patológico. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores; 1971.
22. Coelho, MTD, Almeida-Filho, N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physis* 1999; 9(1):13-36.
23. Stolkiner, A. Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental. Dossier Salud Mental. *Rev. Soberania Sanitaria* 2020. [Internet]. [acesso em 1 fev 2022]. Disponível em <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/>.
24. Onocko-Campos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(11): e00156119.
25. Jantsch E. Inter- and Transdisciplinary University: A Systems Approach to Education and Innovation. *Policy Sciences* 1970; 1:403-428.
26. Almeida-Filho N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde coletiva.* 1997; 2 (1-2):5-20.
27. Stember M. Advancing the social sciences through the interdisciplinary enterprise. *The Social Science Journal* 1991; 28(1):1-14.
28. Baptista TWF, Mattos RA. Sobre política: (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas), In: Mattos RA, Baptista TWF (org), *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*. Porto Alegre: Rede Unida; 2011. p. 52-91.
29. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo, Edições 70, 2011.
30. Alves D, Figueiredo Filho D, Henrique A. O poderoso Nvivo: uma introdução a partir da análise de conteúdo. *Revista Política Hoje* 2015; 24(2): 119-134.
31. Faraone, Silvia. Reformas en Salud Mental: dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental y Comunidad* 2013; 3(3)29-40.
32. Presidência da República (BR). Lei nº 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *DOU, Seção 1.* 9/04/2001. Brasília: DF; 2001. [Internet]. [acesso em 1 fev 2022]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>.
33. Galende, E. *Salud mental y comunidad*. Buenos Aires: Ediciones de La Unla; 2013.
34. Santos JV, Teles MPSF, Cancinos VMC, Coelho TCB. Especificidades do processo do trabalho em saúde mental. In: Coelho TCB, Teles MPSF. *Processo de trabalho em saúde: a produção do cuidado*. Feira de Santana: UEFS Editora; 2022. p. 373-407.
35. Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado PGG. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42 (113).
36. Defensoría General de la Nación (AR). Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental. Res. N° 02/2020 Anexo: A 10 años de la Ley Nacional de Salud Mental: posicionamiento del Órgano de Revisión de Salud Mental, 2020 [Internet]. [acesso em 1 fev 2022]. Disponível em: <https://www.mpd.gov.ar/index.php/defensoria-general-de-la-nacion/organo-nacional-de-revision-de-salud-mental>.
37. Tobar, F. Breve historia del sistema argentino de salud. In: Garay, O (org) *Responsabilidad profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica, Civil y Penal*. Buenos Aires. La Editorial La Ley; 2012.
38. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (AR). *Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina*. Buenos Aires, 2019. [acesso em 1 fev 2022]. Disponível em: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/haceres-colectivos-2019.pdf>.
39. Stagnaro, JC et al. Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* 2018; 29:275-299.
40. Araújo, TM, Torrenté, MON *Mental Health in Brazil: challenges for building care policies and monitoring determinants.* *Epidemiol. Serv. Saúde* 2023; 32(1): e2023098.

ABSTRACT

Introduction: Studies show that the interdisciplinary and intersectoral perspectives of mental health policies constitute the most talked about and also the most controversial topics in the field of mental health. There are three axes in the new mental health paradigms – intersectorality, interdisciplinarity and primary health care – which create the challenge of building complex intervention strategies. **Objective:** This study analyzes the intersectoral and interdisciplinary nature of mental health policies in Argentina and Brazil, from 2010 to 2019, and the political and social factors that influenced the dynamics of the mental health policy sector. **Methodology:** The qualitative research used the multiple case study method and documentary analysis. The data was organized with the help of QSR NVivo10 software tools and content analysis identified the concepts expressed in legislation and literature that problematize the mental health care model. **Results:** In the documents analyzed from both countries, the absence of the concept of mental health recorded the use of terminologies that reinforce the conception of mental suffering in tune with asylum logics that codify people’s ways of thinking and acting in line with the manuals. international classification for clinical use. **Conclusion:** The concepts expressed in mental health policies in Argentina and Brazil followed the human rights paradigm and the need to adapt care to Primary Health Care. However, the concepts presented in the formal plan were not always translated into regulations that become operative and advance towards an inter - and transdisciplinary approach that goes beyond multi-professionality and pluri-institutionality through specific plans and programs. Concepts that consider subjectivity and different modes of psychological suffering must articulate the symbolic and social world of subjects, but also support efficient, effective and efficient mental health care services.

Keywords: Public Mental Health Policies; Intersectorality; Interdisciplinarity, Argentina; Brazil.

RESUMEN

Introducción: Los estudios muestran que las perspectivas interdisciplinarias e intersectoriales de las políticas de salud mental constituyen los temas más comentados y también los más controvertidos en el campo de la salud mental. Existen tres ejes en los nuevos paradigmas de salud mental – intersectorialidad, interdisciplinaria y atención primaria de salud – que plantean el desafío de construir estrategias de intervención complejas. **Objetivo:** Este estudio analiza el carácter intersectorial e interdisciplinario de las políticas de salud mental en Argentina y Brasil, de 2010 a 2019, y los factores políticos y sociales que influyeron en la dinámica del sector de las políticas de salud mental. **Metodología:** La investigación cualitativa utilizó el método de estudio de casos múltiples y análisis documental. Los datos fueron organizados con auxilio de las herramientas del software QSR NVivo10 y el análisis de contenido identificó los conceptos expresados en la legislación y la literatura que problematizan el modelo de atención a la salud mental. **Resultados:** En los documentos analizados de ambos países, se registró la ausencia del concepto de salud mental y el uso de terminologías que refuerzan la concepción de sufrimiento mental afín a lógicas asilares que codifican los modos de pensar y actuar de las personas en sintonía con los manuales internacionales de clasificación para uso clínico. **Conclusión:** Los conceptos expresados en las políticas de salud mental en Argentina y Brasil responden al paradigma de los derechos humanos y a la necesidad de adecuar los cuidados a la Atención Primaria de Salud. Sin embargo, los conceptos presentados en el plan formal no siempre se tradujeron en normativas que se tornen operativas y avancen hacia un enfoque inter y transdisciplinario que vaya más allá de la multiprofesionalidad y la plurinstitucionalidad a través de planes y programas específicos. Conceptos que consideren la subjetividad y los diferentes modos de sufrimiento psicológico deben articular el mundo simbólico y social de los sujetos, pero también sustentar servicios de atención de salud mental eficientes, eficaces y efectivos.

Palabras clave: Políticas Públicas de Salud Mental; Intersectorialidad; Interdisciplinaria, Argentina; Brasil.