



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

LUCÍA BELÉN PÉREZ

**POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NA ARGENTINA E NO BRASIL:
TRAJETÓRIAS, REDES E SIGNIFICADOS EM ANÁLISE**

FORTALEZA

2023

LUCÍA BELÉN PÉREZ

POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NA ARGENTINA E NO BRASIL: TRAJETÓRIAS,
REDES E SIGNIFICADOS EM ANÁLISE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Ambiente e Sociedade

Orientadora: Prof^a. Dra. Carmem Emmanuely Leitão Araújo.

FORTALEZA
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P515m Pérez, Lucía Belén.
Mudanças nas políticas de saúde mental na Argentina e no Brasil : trajetórias, redes e significados em análise / Lucía Belén Pérez. – 2023.
113 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2023.

Orientação: Profa. Dra. Carmem Emmanuely Leitão Araújo.

1. Políticas públicas. 2. Saúde mental. 3. Argentina. 4. Brasil. I. Título.

CDD 610

LUCÍA BELÉN PÉREZ

POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NA ARGENTINA E NO BRASIL: TRAJETÓRIAS,
REDES E SIGNIFICADOS EM ANÁLISE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Ambiente e Sociedade

Orientadora: Prof^a. Dra. Carmem Emmanuely Leitão Araújo.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Carmem Emmanuely Leitão Araújo (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. José Ângelo Machado
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

RESUMO

Nas últimas décadas, várias medidas foram tomadas por países da América Latina para enfrentar problemas de violação de direitos e crescimento da prevalência e da carga dos sofrimentos psíquicos na região. Em que pesem as semelhanças entre Argentina e Brasil na definição e desenvolvimento de políticas de saúde mental promotoras dos direitos humanos e construtoras de alternativas ao modelo manicomial, existem trajetórias, configurações e desafios distintos em suas reformas psiquiátricas. O objetivo desse estudo foi analisar similaridades e diferenças nas políticas de saúde mental da Argentina e do Brasil, levando em consideração as experiências na província de Río Negro e no estado do Ceará. Para tanto, adotou-se o enfoque do institucionalismo histórico para a análise comparada de mudanças nas políticas em questão. Realizou-se uma investigação com desenho qualitativo, mediante o uso de fontes mistas de informações, que inclui uma revisão narrativa e análise documental com exercício descritivo, crítico e comparativo. Conjuntamente, foi adotado o enfoque analítico da hermenêutica-dialética como meio para a compreensão das informações obtidas, numa tentativa de ir “além” dos seus tratamentos imediatos. Foram realizadas 35 entrevistas semiestruturadas com gestores e gestoras nacionais ou de unidades subnacionais atuantes nas redes de atenção à saúde mental, conformando uma seleção por “bola de neve”. O trabalho adscrive à concepção de *information power*, considerando a potencialidade da informação obtida para produzir novo conhecimento em lugar de predefinir a quantificação da amostra. O cenário privilegiado da pesquisa se deu em duas unidades subnacionais com experiências pioneiras e locais de reformas psiquiátricas – província de Río Negro (Argentina) e do estado de Ceará (Brasil). A análise das informações obtidas foi realizada com o suporte do software Atlas.ti 8 e definiu-se categorias analíticas específicas para as experiências locais analisadas. Em seguida, para a comparação dos casos, observou-se aspectos político-institucionais, sistemas de saúde, normas da política, proposições de mudanças, redes de atenção e permanências e retrocessos recentes. Os resultados indicam coincidências: mudanças impulsionadas desde centros urbanos menores e dificuldade de implementação das mudanças nas grandes urbes; insuficiência dos recursos alocados, a necessidade de olhar para a formação dos profissionais, assim como a coordenação adequada dentro da rede e entre as diferentes áreas do sistema, pontos que vieram se agravando pela recente situação de crise sanitária mundial. Embora o panorama geral seja de avanços, os resultados apontam que estes aconteceram de forma lenta, insuficiente ou com ataques e ameaças de retrocesso, o que revela a necessidade de ações além das já feitas nas últimas

décadas, a fim de mudar lógicas de funcionamento enraizadas na sociedade e no sistema de saúde.

Palavras chave: políticas públicas. saúde mental. Argentina. Brasil.

RESUMEN

En las últimas décadas, los países latinoamericanos han adoptado diversas medidas para hacer frente a los problemas de violación de derechos y al crecimiento de la prevalencia y la carga del padecimiento mental en la región. A pesar de las similitudes entre Argentina y Brasil en la definición y desarrollo de políticas de salud mental que promuevan los derechos humanos y construyan alternativas al modelo asilar, estos países tienen trayectorias y resultados diferentes en sus reformas psiquiátricas. Mientras Argentina ha logrado con dificultad la implementación de una política nacional en los últimos diez años, la propuesta brasileña apunta a retrocesos relevantes en el mismo período. El objetivo de este trabajo fue comprender los cambios en las políticas de salud mental en Brasil y Argentina. Se adoptó el enfoque del institucionalismo histórico para el análisis de los cambios en las políticas públicas de interés, estipulando una perspectiva teórica para el análisis de las transformaciones que se sucedieron a lo largo del tiempo. Se trata de una investigación de diseño cualitativo realizada a partir de una lógica inductiva, mediante el uso de una fuente mixta de datos, que incluyó una revisión narrativa y análisis documental con ejercicio descriptivo, crítico y comparativo. Para la compilación de la información se consideraron producciones científicas, legislación y otros documentos relacionados con el tema estudiado. Conjuntamente, se adoptó el abordaje analítico de la hermenéutica-dialéctica como medio para la autocomprensión de las informaciones obtenidas, en un intento de ir "más allá" del mero tratamiento. Fueron realizadas 35 entrevistas semiestructuradas a gestores y gestoras provinciales que actúan en las redes de atención a la salud mental, conformando una muestra por conveniencia. El trabajo adhiere a la concepción de *information power*, considerando el potencial de la información obtenida para producir nuevo conocimiento en lugar de predefinir la cuantificación de la muestra. El escenario de la investigación tuvo lugar en dos unidades subnacionales que han experimentado experiencias pioneras y locales de reformas psiquiátricas: la provincia de Río Negro (Argentina) y el estado de Ceará (Brasil). El análisis de la información se realizó con el apoyo del software Atlas.ti 8 y definió tres ejes de análisis que incluyeron: cambios, permanencias y retrocesos en las políticas públicas, el financiamiento y las redes de salud mental. Los resultados indican coincidencias: cambios impulsados desde los centros urbanos más pequeños y dificultad de impregnar cambios en las grandes ciudades; insuficiencia de los recursos destinados a este sector, la necesidad de dar mayor atención a la formación de los profesionales, así como una adecuada coordinación dentro de la red y entre las diferentes áreas del sistema, todo esto

viéndose agravada por la reciente situación de crisis sanitaria mundial. A pesar del panorama general de avances los resultados apuntan a progresos extremadamente lentos, profundamente insuficientes o en constante ataque y amenaza de retroceso, lo que revela la necesidad de acciones más allá de las ya realizadas en las últimas décadas para cambiar lógicas de funcionamiento profundamente arraigadas en la sociedad y en el sistema de salud.

Palabras clave: políticas públicas. salud mental. Argentina. Brasil.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Período de atividade e local dos entrevistados.....	22
Quadro 2 – Comparativo do desenvolvimento da política de saúde mental na Argentina e no Brasil.....	75

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização da província de Río Negro na Argentina e mapa desta província.....	18
Figura 2 – Localização do estado do Ceará no Brasil e mapa do estado do Ceará.....	19

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	8
1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS E ESCOLHAS METODOLÓGICAS.....	15
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
2.3 Escolhas metodológicas da pesquisa	15
2.3.1 <i>Período da análise</i>	17
2.3.2 <i>Cenário da pesquisa</i>	17
2.3.3 <i>Produção das informações e sujeitos da pesquisa</i>	20
2.3.4 <i>Análise das informações</i>	25
2.3.5 <i>Aspectos éticos da pesquisa</i>	25
3 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA ARGENTINA	27
3.1 A trajetória da política pública em saúde mental na Argentina	27
3.1.1 <i>Período ditatorial e a recuperação democrática</i>	27
3.1.2 <i>Governos neoliberais e crise econômica (1989 - 2002)</i>	28
3.1.3 <i>Governos de centro-esquerda (2003 - 2015)</i>	30
3.1.4 <i>Governos de centro-direita (2015 - 2019)</i>	32
3.2. Rede de Saúde Mental em Río Negro	33
3.3 Mudanças nas políticas de saúde mental: o que dizem os gestores de Río Negro?	36
3.3.1. <i>Entre as normas e os fatos: desafios para a implementação</i>	36
3.3.2. <i>A formação de Profissionais e as condições de trabalho</i>	38
3.3.3. <i>Mudanças na percepção social e nas práticas: diferenças relacionadas ao porte populacional das cidades</i>	40
3.3.4. <i>Redes de saúde mental na Argentina: mudança de modelo assistencial?</i>	42
3.3.5. <i>Acesso e os sistemas de atenção</i>	45
3.3.6 <i>Financiamento da política de saúde mental na Argentina</i>	46
3.3.7. <i>Olhares para o futuro da saúde mental na Argentina</i>	48
4 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	50

4.1 A trajetória da política pública de saúde mental no Brasil	50
<i>4.1.1 Período ditatorial (1964 - 1985) e redemocratização do Brasil (1985).....</i>	<i>50</i>
<i>4.1.2 O modelo neoliberal no Brasil (1990-2003)</i>	<i>52</i>
<i>4.1.3 Governos de centro-esquerda no Brasil (2002-2016).....</i>	<i>54</i>
<i>4.1.4 Governos da nova direita no Brasil (2016-2020)</i>	<i>56</i>
4.2 Redes e perfil dos gestores e gestoras da saúde mental no Brasil	59
4.3 Mudanças nas políticas de saúde mental: o que dizem os gestores do Ceará?	61
<i>4.3.1 Uma dívida pendente: a formação dos profissionais e condições de trabalho.....</i>	<i>61</i>
<i>4.3.2 Mudanças nas percepções sociais e resistências</i>	<i>62</i>
<i>4.3.3 Do interior para a capital</i>	<i>63</i>
<i>4.3.4 Desafios de integração das RAPS.....</i>	<i>64</i>
<i>4.3.5 O desfinanciamento da política.....</i>	<i>66</i>
<i>4.3.6 Idas e vindas: ataques às conquistas</i>	<i>68</i>
5 MUDANÇAS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL: ASPECTOS	
COMPARATIVOS ENTRE A ARGENTINA E O BRASIL	70
5.1 Sobre aspectos político-institucionais dos países	70
5.2 Sobre os Sistemas de Saúde	71
5.3. Sobre o descompasso temporal na definição de legislações de âmbito nacional.....	75
5.4 Sobre as normas relacionadas à saúde mental de âmbito nacional	77
5.5 Sobre as proposições de mudanças nas políticas de saúde mental.....	78
5.6 Sobre particularidades e coincidências nas redes de saúde mental	80
5.7 Sobre mudanças, permanências e retrocessos da saúde mental nos níveis nacionais	81
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES	100

APRESENTAÇÃO

Os imponderáveis da vida, com seus giros e reviravoltas, fizeram-me sensível à força da experiência latino-americana. Muitas vezes à sombra de outras histórias, as vozes desta parte do globo são com frequência tão poderosas quanto desestimadas. Achei que fosse um compromisso com a minha terra, aquela que me deu educação pública e gratuita, solo e saúde, levantar a voz dela, fazê-la ouvir.

As motivações e inquietações que levaram a este mergulho têm origem na formação como psicóloga na Argentina, e fundam-se hoje no meu posicionamento como estudante, pesquisadora e mulher migrante; elementos fortuitos da minha identidade que me fazem sensível à luta por direitos de comunidades vulnerabilizadas, como aquelas que necessitam de cuidados em saúde mental. Ou seja, daquilo que alimenta a minha vocação pela construção de sistemas mais justos e receptivos a esses sofrimentos.

A curiosidade e a admiração pelo Sistema Único de Saúde (SUS) me levaram a emigrar na perseguição do entendimento da experiência brasileira na construção de um modelo de atenção à saúde mental. O encontro dessa curiosidade com a experiência rionegrina marcaram o rumo para a busca de entendimento das vivências e transformações nestas sementes de saúde mental na América Latina.

Mais uma vez, o acaso do destino (impulsionado por essa busca) colocou a história do povo cearense em meu caminho, tornando visíveis os contrastes de sua capital, deu-me a vivência de uma instituição forte e vivaz e me colocou nas mãos de outra mulher, também corajosa e combativa.

Juntas nós adentramos nesse caminho de aprendizado permanente, apoiando-nos mutuamente. O resultado só traz satisfação e alegria. Ter ouvido e dado voz a todas aquelas experiências, à história da luta da saúde mental, encontrando nelas o impulso para continuar a luta.

1 INTRODUÇÃO

Várias medidas foram adotadas pelos países do mundo para enfrentar problemas de violação de direitos e crescimento da prevalência e da carga dos sofrimentos psíquicos na América Latina. No entanto, em que pese as similaridades na definição e o desenvolvimento de políticas de saúde mental promotoras de direitos humanos como alternativas ao modelo manicomial, por certo, os processos e resultados das reformas em diferentes países possuem especificidades que merecem investigação. Com ênfase em dois países latino-americanos, este estudo aborda as mudanças nas políticas de saúde mental no Brasil e Argentina, por meio da análise das trajetórias e significados estabelecidos por gestores e gestoras da rede e de serviços de saúde da província de Río Negro, província argentina, e Ceará, estado brasileiro.

Não é recente a existência de experiências que buscam alterar o modelo hegemônico centrado no hospital psiquiátrico tradicional (Almeida; Horvitz-Lennon, 2010). Vale recordar que a psiquiatria surgiu na França, no final do Século XVIII, de mãos dadas com os ideais da modernidade. Nesse contexto, pessoas historicamente marginalizadas, dentre elas: “mendigos”, “leprosos” e órfãos, que já eram reunidas sob o grande guarda-chuva da loucura, passaram a ser destinadas a um espaço criado com fins específicos de tratamento: o hospital psiquiátrico. Apresentada como um perigo potencial para a sociedade, a loucura foi colocada sob tutela do médico. Orientada pelo positivismo e biologicismo, a clínica psiquiátrica emerge para observar, descrever e controlar por meio da medicalização e do isolamento. Nasce a figura do alienista, portanto, que tratam as pessoas doentes ou que subvertiam a ordem como “alienado mental”¹ (Teixeira, 2019).

A crítica de Michel Foucault à exclusão social da “loucura” é contundente. Ao analisar as mudanças no construto “loucura” e nas práticas que rodeiam esse conceito, o filósofo francês criticou a representação do “louco” como ameaça para a ordem social, o asilo como cenário privilegiado e o médico como ator principal que detém os dispositivos psiquiátricos conformados pelo saber biomédico. Ou seja, tendo a loucura como objeto de conhecimento, a psiquiatria clássica inaugurou a institucionalização da loucura sob a tutela do saber psiquiátrico (Foucault, 1978).

¹ De acordo com Castel (1978), a obra do médico francês Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria moderna, tornou-se eixo fundamental para a conformação da ideia de louco como um ator perigoso, e do alienista como fornecedor de ordem social ante essa periculosidade, validando assim o tratamento moral. De acordo com Amarante (1998, p 26) o trabalho de Pinel “representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica (e não mais social e filantrópica) e para a apropriação da loucura pelo discurso e práticas médicas”.

As condições para abrir um caminho para o surgimento de reformas no campo do saber psiquiátrico emergiram somente no período pós-guerras. As propostas alternativas ao modelo asilar se tornaram mais frequentes (Campodónico, 2018). A experiência coletiva de sensibilização para com as diferenças e minorias, bem como a busca por uma sociedade mais livre e igualitária, combinaram-se com os movimentos que questionavam o sistema manicomial, dando lugar ao surgimento de movimentos de reforma psiquiátrica que buscavam a garantia dos direitos humanos.

Grande parte dos países sul-americanos elaboraram políticas de saúde mental em consonância com as ideias geradas pelo Movimento da Antipsiquiatria e Movimento da Psiquiatria Democrática, apontando a reconsideração da saúde mental como um direito (Chiarveti, 2008).

Na Inglaterra, o Movimento da Antipsiquiatria, foi além da crítica à psiquiatria e às questões da doença mental. Ele inovou ao questionar as contradições sociais da época, relacionadas aos conceitos de loucura, alienação e razão. A antipsiquiatria procurava uma ruptura com o paradigma manicomial e uma revisão dos saberes psiquiátricos. Com a ampliação da crítica epistemológica ao saber psiquiátrico, a desinstitucionalização do doente mental não deveria se limitar somente aos espaços hospitalares. As reformas deveriam buscar gerar mudanças na sociedade e nas práticas sociais que rodeiam o sofrimento psíquico (Amorim; Dimenstein, 2009; Almeida, 2010; Agrest, 2018).

Por sua vez, o Movimento da Psiquiatria Democrática, iniciada por Franco Basaglia no norte de Itália² radicalizava alguns objetivos para gerar impacto nas práticas de saúde mental. Nessa experiência emerge a proposta de reinserção dos pacientes à sociedade por meio da desarticulação do manicômio como instituição total (Goffman, 1961), construindo novas possibilidades de tratamento com ênfase na humanização e respeito aos direitos humanos³.

Tendo essas experiências como horizonte, o debate sobre alterações na atenção à saúde mental na América Latina começou ainda na década de 1960. De forma mais precisa, o início da discussão se deu em dois seminários e uma conferência sobre Saúde Mental nas

² O hospital psiquiátrico que Basaglia dirigia na província de *Gorizia* tornou-se uma referência, dada as transformações que foram conquistadas. De início, o grupo que empreendia mudanças conseguiu transformá-lo em uma comunidade terapêutica. Depois se tornou uma instituição aberta à sociedade que funcionou de portas abertas, logrando reduzir amplamente o número de leitos, graças à reconexão dos pacientes na sociedade.

³ Desviat (2015) situa a experiência italiana como fundamental para o fim da violência contra pacientes, do aparato da instituição psiquiátrica tradicional e do manicômio. Desse jeito, o Movimento da Psiquiatria Democrática italiana e o processo de desmanicomialização levado a cabo no país foram coroados no ano 1978 com a Lei 180, reconhecida como a primeira lei a considerar os direitos dos pacientes de hospitais manicomiais (Amarante, 1998; Lellis, 2014; Blanco *et al.*, 2017).

Américas realizados em Cuernavaca (México), Buenos Aires (Argentina) e San Antonio (EUA), respectivamente em 1960, 1963 e 1968. O Seminário sobre Perspectivas da Saúde Mental na América Latina em Cali (Colômbia), em 1978, o encontro do Grupo de Trabalho sobre Atenção Primária e Saúde Mental nas Américas em Washington, em 1980, e a reunião do Grupo Consultivo do Programa Regional de Saúde Mental da OPAS, no Panamá, em 1985, demarcaram também esforços para transformações nessa área (Alarcón Aguilar-Axiola, 2000).

Para alguns autores, entretanto, o marco histórico da movimentação de mudanças na região foi a Declaração de Caracas do ano 1990 (OMS/OPS, 1990; Desviat, 2015; Sosa, 2015). Esse documento exorta os países a respeitarem os direitos humanos dos pacientes com sofrimento psíquico e doenças mentais, incentivando, também, a instauração de serviços orientados para a atenção na comunidade (Alarcón Aguilar-Axiola, 2000; Sosa, 2015). Nas palavras de Amarante (1998, p. 13), “a partir da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas no ano 1990, inicia-se um extraordinário processo de transformação, que envolve todo o continente”.

Pelo visto, a elaboração de novas políticas foi impulsada por organizações internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Por meio de encontros, relatórios e acordos, estimulou-se alterações nas políticas dos países da região. Isso se deu a partir da modernização da legislação no campo da saúde e desenvolvimento de modelos substitutivos aos manicômios, de modo a garantir os direitos das pessoas com sofrimento psíquico, bem como uma atenção psicossocial mais efetiva e humanizada (Henaó *et al.*, 2016).

Sabemos que, paulatinamente, os direitos humanos de pessoas com sofrimento psíquico tornaram-se mais respeitados, concomitante à instauração de novos serviços de saúde de base comunitária (Sosa, 2015). Ao longo do tempo, a criação e implantação de alternativas assistenciais permitiram progressos significativos não somente na garantia de direitos humanos, mas também na formulação de novas políticas públicas.

Embora há décadas a saúde mental seja um tema fundamental para a saúde das populações, problemas relevantes permanecem. Em 2002, os sofrimentos mentais afetavam entre 20 e 25% da população global em algum momento durante a sua vida, "(...) afetando todos os países e sociedades, bem como indivíduos de todas as idades. Essas perturbações têm um pronunciado impacto económico, directo e indirecto, nas sociedades, incluindo o custo dos serviços" (Organización Mundial de La Salud., 2001 p.22). A saúde mental ainda precisa ser olhada com a importância que ela requer, incluindo-a em programas de formação de

profissional, melhorando a eficácia dos serviços de atenção, criando alternativas comunitárias em articulação com o fechamento de hospitais manicomial, assim como aumentando recursos e orçamento para essa área.

Mais recentemente, em 2017, a OMS apontou para um crescimento sustentado dos sofrimentos em saúde mental em nível global, mas particularmente em países de baixa renda (Pan American Health Organization, 2017) a depressão aumentou um 18,4% entre 2005 e 2015, estimando que aproximadamente 4,4% da população mundial padece de depressão e 3,6% de ansiedade (Thornicroft *et al.*, 2017). Apenas 22,4%, 11,4% e 3,7% de pessoas com algum sofrimento psíquico, respectivamente, de países de alta, média e baixa renda, receberam tratamentos minimamente adequados nos serviços de saúde.

O impacto da situação atual e dos agravamentos na saúde mental da população derivados da pandemia de COVID-19 também é relevante. Nesse contexto, ampliou-se a necessidade de ações orientadas à saúde mental, incluindo a qualidade de atenção que os serviços de saúde podem oferecer frente a um esperado aumento de problemas nesta área. Ou seja, a atenção à saúde mental possui problemas ainda não solucionados, o que aumenta os desafios dos países diante de uma pandemia com efeitos relevantes na saúde mental das pessoas (United Nations, 2020).

As definições e desenvolvimento de alternativas para a substituição do tratamento hospitalar e manicomial se dão perante diversas dificuldades estruturais, escassez de recursos financeiros e humanos, assim como obstáculos sociais, políticos e culturais na implementação de políticas e legislações de saúde mental (Alarcón; Aguilar-Axiola, 2000; Razzouk *et al.*, 2007). Isso permite supor que as mudanças em matéria de saúde mental não têm sido uma tarefa fácil em nenhum dos países latino-americanos. Além disso, como destaca Saraceno (2020), mais do que levar em consideração dados mundiais, é preciso estabelecer um olhar específico para o “sul global”, de modo a entender as necessidades e os determinantes próprios de saúde mental da região.

Aqui vale sinalizarmos ainda a existência de variações entre os países latino-americanos em relação à geração e desenvolvimento de alternativas às políticas públicas de saúde mental (Henaó *et al.* 2016). Por certo, as políticas públicas experimentam mudanças associadas a diversos fatores ao longo do tempo e estão sob a influência do contexto socioeconômico, relações de poder e comportamento dos atores. As transformações que possam ocorrer nem sempre representam avanços. Por vezes, políticas públicas podem manter padrões de políticas do passado e ou criar caminhos distintos daqueles esperados pelos atores defensores

de novas ideias (Agrest *et al.* 2018). Ou seja, mesmo que algumas experiências possam partir de bases comuns, estabelecendo leis e redes de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos, elas estabelecem trajetórias próprias (Alarcón; Aguilar-Axiola, 2000). Isso fica explícito quando se aprecia o caso argentino em relação ao brasileiro, e vice-versa.

Os dois países sul-americanos em questão oferecem atenção gratuita à saúde em suas constituições federativas. Contudo, no sistema de saúde argentino predomina o uso do subsistema de assistência social dependente das relações laborais, conformando um sistema de saúde fortemente fragmentado em três subsistemas (Belló; Becerril-Montekio, 2011). No Brasil, por outro lado, se estabeleceu a universalidade da atenção à saúde, contudo com uma robusta participação do setor privado, inserido de forma complementar e suplementar, instituindo uma cobertura duplicada (Araújo, 2020).

Tais países foram pioneiros na criação de políticas públicas de saúde mental, influenciadas por modelos de atenção humanizados e com enfoque psicossocial. Neles também se sabe do papel da mobilização de usuários e trabalhadores da área (Nanno, 2008; Amarante; Nunes, 2018). Porém, parece possuírem trajetórias, ritmos e resultados distintos em suas reformas psiquiátricas.

Para Blanco *et al.* (2017) existem lacunas na literatura de estudos sobre os países latino-americanos, no que diz respeito à atenção e políticas públicas, particularmente em relação à saúde mental. Em geral, os estudos comparativos existentes em países sul-americanos privilegiam aspectos normativos relacionados às políticas públicas de saúde mental (Blanco *et al.* 2017). Ainda são relevantes análises atualizadas capazes não somente de desvendar melhor os caminhos das políticas públicas, mas também de gerar informações para ajustes e delineamentos para a produção de políticas públicas efetivas na região. Por certo é preciso ainda gerar debates em relação ao modelo de saúde mental adotado nesses países, servindo inclusive como antecedente para posteriores análises do tema (Gerlero *et al.* 2010). Mais escasso ainda são os estudos em que se aborda a perspectiva dos atores que vivenciam essas mudanças no âmbito dos serviços de saúde. O estudo realizado por Heredia e Barcala (2017), que avaliou os pontos de vista dos profissionais da cidade de Buenos Aires em relação ao trabalho em meio às transformações de paradigmas, parece ser uma exceção.

Ao mirar as mudanças nas políticas de saúde mental na Argentina e no Brasil, especialmente na última década, partimos das seguintes questões: Quais as trajetórias das políticas de saúde mental na Argentina e no Brasil? Quais aproximações e diferenças entre elas? Como atores que vivenciam a política em âmbito local identificam mudanças e desafios nessas

trajetórias? Assim, buscamos analisar similaridades e diferenças nas políticas de saúde mental da Argentina e do Brasil, levando em consideração as experiências na província de Río Negro e no estado do Ceará.

Nesse contexto, tanto foram considerados eventos e fatores relevantes ao longo do tempo para a constituição de reformas na atenção à saúde de pessoas com sofrimentos psíquicos e doenças mentais, quanto se buscou identificar os significados que atores de experiências subnacionais apontam em relação às mudanças nas políticas públicas, aos fatores envolvidos nessas mudanças e às implicações na atenção à saúde de pessoas com doenças e sofrimentos psíquicos. De forma mais específica, o estudo considerou os olhares de gestores e gestoras da Rede de Saúde Mental de uma província argentina, no caso de Río Negro, e de um estado brasileiro, particularmente o Ceará. Levou-se em conta que as políticas públicas são resultadas da constante interação entre elementos estruturantes (regras, normas de conduta etc.) e dinâmicos (atores, ideias, contextos) (Rezende, 2012; Araújo, 2020). As mudanças podem ocorrer e, frequentemente, o fazem de forma complexa, gradual e lenta. Também é relevante observar variações que ocorrem nos contextos sociais e políticos, considerando possíveis influências exógenas às políticas públicas.

O trabalho está dividido em seções. Logo após a introdução, detalha-se os objetivos e as escolhas metodológicas, tal como período de análise, cenário, técnicas de coleta de produção de informação, critérios de análise de achados e considerações éticas da pesquisa. Em seguida, os achados de cada país são apresentados de modo separado, constituindo dois capítulos. Cada um deles inclui a trajetória, subdividida em quatro períodos: período ditatorial e recuperação democrática, governos neoliberais e crise econômica, governos de centro-esquerda e governos de centro-direita. Depois apresenta-se as características das redes de saúde mental e os eixos de análise a partir das experiências subnacionais. O exercício comparativo dos casos é o foco principal do quinto capítulo e, finalmente, são apresentadas as considerações finais.

2 OBJETIVOS E ESCOLHAS METODOLÓGICAS

2.1 Objetivo geral

➤ Analisar similaridades e diferenças nas políticas de saúde mental da Argentina e do Brasil, levando em consideração as experiências na província de Río Negro e no estado do Ceará.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever a trajetória das políticas de saúde mental no Brasil e na Argentina a partir das regras estabelecidas, os atores envolvidos e os serviços instituídos em diferentes contextos históricos;
- Caracterizar as Redes de Saúde Mental da província de Río Negro e do Estado do Ceará na atualidade;
- Compreender os significados atribuídos por gestores e gestoras às mudanças recentes nas políticas públicas de saúde mental.

2.3 Escolhas metodológicas da pesquisa

O estudo adota uma perspectiva histórico-comparativa na análise das mudanças nas políticas públicas. A perspectiva permite situar os dois casos - Argentina e Brasil -, especificando semelhanças e diferenças entre eles. Em geral, o método comparativo caracteriza-se por ser compreensivo e diz respeito ao uso de comparações entre um número de casos moderado a fim de inferir sobre alguns fatores comuns a eles (Satyro; D'albuquerque, 2020; Amorim Neto; Rodriguez, 2016). Com os estudos comparativos baseados no conhecimento histórico aprofundado de cada um deles não se pretende o controle científico experimental, pois conjugam poucos casos e muitas variáveis. Segundo Perissinotto (2013, p.158):

O conhecimento da história é, por definição, o conhecimento do processo, do modo e da sequência em que os fatos ocorrem. Assim, a narrativa histórica permite revelar a cadeia causal que preenche o “espaço vazio” entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes. A recuperação histórica de um processo permite realizar aquilo que Peter Hall chamou de *process tracing*, ou análise sistemática de processos, isto é, o rastreamento do processo que vai de uma variável causal até o seu efeito. É

importante observar, entretanto, que a narrativa histórica na análise comparativa não deve ser confundida com a descrição exaustiva e detalhista de uma infinidade de eventos e fatos históricos desconexos. Não se trata, portanto, de “contar história”. [...]. No procedimento comparativo-histórico, a narrativa e a descrição de casos diversos desenvolvem-se juntas a serviço da explicação causal, pois revelam padrões e singularidades.

Para conhecer a construção das políticas de saúde mental no âmbito federal de governo no Brasil e na Argentina, desde a década de 1970, examinamos a trajetória dessas políticas, com especial atenção à definição das legislações nacionais que demarcam reformas e na regulamentação infraconstitucional posterior, assim como o papel de atores empreendedores de mudanças.

Dado que governos implicam em projetos distintos sobre política social (Satyro; Cunha, 2017), considerou-se que distintos contextos políticos deveriam ser abordados. De forma secundária, também foi dada atenção à política de saúde, de modo a tentar perceber em que medida avanços ou retrocessos nas políticas de saúde mental podem estar associados à estruturação de propostas no campo da saúde de forma mais geral. As mudanças institucionais são analisadas em termos de atores envolvidos nas mudanças, regras e serviços construídos e aspectos dos contextos institucionais ou políticos que dizem respeito a cada um dos períodos analisados.

Em um segundo momento buscou-se os significados oferecidos pelos entrevistados no momento de sua participação (Martinez; Bosi, 2004; Deslandes; Gomes, 2004), dando foco na intensidade do fenômeno abordado e não na sua magnitude (Minayo, 2017). Essa característica do presente objeto delineou uma investigação de desenho qualitativo, realizada a partir de uma lógica indutiva, mediante o uso de uma fonte mista de dados, que incluiu uma revisão narrativa e análise documental com exercício reflexivo e crítico; e uma abordagem dialógica com entrevistas semiestruturadas de informantes-chave no campo da saúde mental, como são os gestores e gestoras. (Sampieri; Collado; Lucio, 2010).

Para a análise das entrevistas, foi adotado o enfoque teórico da hermenêutica-dialética como meio para a autocompreensão dos dados, numa tentativa de ir “além” do mero tratamento deles. De acordo com Gadamer (2008) a hermenêutica é a busca da compreensão do sentido que se dá na comunicação de dois seres humanos. Coloca a atenção no contexto dos seres humanos: as condições de vida, o tempo histórico; isso vem a se inter-relacionar com as ações que levam a cabo e, em sua união com a dialética, permite entender o discurso como o resultado de um processo social (de trabalho e dominação) e de um processo de conhecimento (Minayo, 2002).

Segundo Elias *et al.* (2012), as revisões narrativas constituem a análise de uma ampla variedade de documentos publicados, como podem ser fontes científicas (incluindo livros e artigos) e fontes de divulgação de ideias (sites, mídia etc.) permitindo, a partir da sua análise a identificação de temáticas recorrentes e o estabelecimento de novas perspectivas.

Para a compilação das informações documentais, foram consideradas as produções científicas, legislações, regras e outras informações referentes ao tema estudado a partir de uma revisão narrativa. Soares *et al.* (2013) propõem cinco fases que compreendem as revisões narrativas e que foram seguidas nesse trabalho, incluindo: a escolha e a delimitação do assunto, seguidas da construção do plano de trabalho, da localização de fontes, finalizando com a revisão propriamente dita e a análise do material.

2.3.1 Período da análise

Para descrever a trajetória das políticas de saúde mental no Brasil e na Argentina considerou-se as últimas cinco décadas, partindo da recuperação democrática de ambos os países. Para identificar e analisar os significados dos gestores e gestoras de experiências subnacionais até os dias de hoje, buscou-se um olhar mais destacado para os últimos anos, desde a década de 2010, ano marcado pela sanção, na Argentina, da Lei Nacional de Saúde Mental e a sua posterior regulamentação, no ano 2012, estipulando a implementação de uma nova política na última década. Por outra via, esse período mais recente inclui o estabelecimento de normativas relevantes para a institucionalização de uma Rede de Atenção à Saúde Mental, particularmente em 2011, seguida de tentativas de mudanças na trajetória da política de saúde mental por parte de iniciativas do Governo Federal. Nesse sentido, partimos do pressuposto de que o período de 2010 a 2020 possui vários elementos a serem particularmente observados, estipulando uma dobradiça fundamental nessa área da saúde, nos permitindo enxergar mudanças, avanços e retrocessos nas políticas e práticas em saúde mental em ambos os países.

2.3.2 Cenário da pesquisa

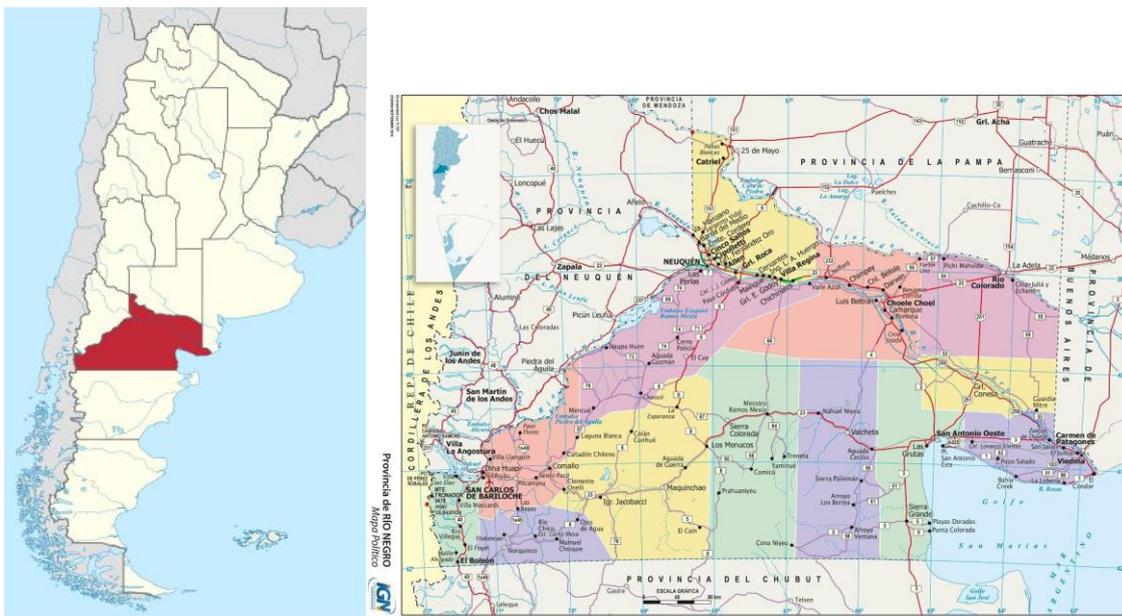
Para aprofundar o estudo a partir da perspectiva dos atores envolvidos nas políticas de saúde dos dois países selecionados, considerou-se a importância de uma delimitação mais precisa dos cenários da pesquisa. Assim, optou-se por escolher duas unidades subnacionais, que respondiam a uma combinação de critérios, particularmente uma rede de serviços de saúde

mental estabelecida, reconhecimento da experiência na construção da saúde mental em cada um dos países.

A província de Río Negro está localizada no norte da Patagônia. Ela teve importância no processo de reestruturação dos sistemas de saúde mental não só na Argentina, bem como também em toda a região. Segundo Marazina (2011, p. 27), na “província de Río Negro desenvolvem-se verdadeiros laboratórios de criação de dispositivos e ideias decorrentes da aplicação e ajustes de critérios concebidos em outras realidades para as realidades locais”.

Em 1991 foi aprovada a Lei Provincial 2.440, “sobre a Saúde e Promoção Social de Pessoas com Sofrência Mental”, primeira Lei de desmanicomialização da América Latina (Paulon; Oliveira; Fagundes, 2018), dando marco legal ao programa de saúde mental de Río Negro, iniciado ainda na década 1980. O Programa de Saúde Mental instituído há três décadas nessa província inclui hospitais gerais com atenção à saúde mental e outros serviços especializados e gerais. Há também “estruturas intermediárias”, as quais são serviços específicos que favorecem a atenção e inserção na comunidade. Os “*Centros de Atención Primaria de Salud*” (CAPS) não são componentes específicos de saúde mental, mas aportam atenção à saúde mental também.

Figura 1 - Localização da província de Río Negro na Argentina e mapa desta província



Fonte: Wikipédia. Disponível em: https://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_R%C3%ADo_Negro

O estado do Ceará, situado no Nordeste do Brasil foi o segundo estado brasileiro a definir uma legislação estadual de saúde mental – Lei 12.151/1993. Isso foi conquistado quando se tinham apenas três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no estado, sendo o primeiro deles inaugurado em 1991, na cidade de Iguatu. Naquele momento, somavam doze hospitais psiquiátricos, sendo apenas um deles público. Os demais eram filantrópicos ou privados, sendo dois deles localizados no interior do estado, em Crato e Sobral (Sampaio; Carneiro, 2007). Atualmente, há três hospitais psiquiátricos no Ceará, um público e dois privados conveniados para atender usuários do SUS.

No Río Negro, foram incluídos participantes da pesquisa inseridos nos hospitais e centros de saúde da Zona Atlântica, especificamente da cidade de Viedma, e da Zona andina, nas cidades de San Carlos de Bariloche e El Bolsón; já no Ceará, os sujeitos da pesquisa possuíram ou possuíam atuação no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), referência estadual e em Centros de Atenção Psicossocial de Quixadá, Iguatú, Canindé e Fortaleza.

Figura 2 - Localização do estado do Ceará no Brasil e mapa do estado do Ceará



Fonte: Wikipédia. Disponível em: <https://es.wikipedia.org/wiki/Cear%C3%A1>

Foram incluídos gestores e gestoras dos diferentes serviços atuantes no nível provincial ou estadual de Saúde Mental descritos, incluindo profissionais de diversas áreas, tais como medicina, psicologia, psiquiatria e assistência social que tinham atuado ou agiam como gestores ou gestoras nos serviços de Río Negro ou Ceará no período de 2010 a 2020. Também

foram incluídos gestores e gestoras que tinham exercido ou atuavam em funções de gestão da política de saúde mental no âmbito da gestão subnacional.

A eleição intencional tanto do cenário de pesquisa quanto dos participantes, responde a uma busca de riqueza na posterior análise. Assim, escolheu-se duas unidades territoriais onde os avanços na área foram particularmente significativos; da mesma forma, a variedade de profissionais incluídos procura dar voz a perspectivas do tema desde diferentes profissões.

2.3.3 Produção das informações e sujeitos da pesquisa

Abordar as perspectivas de atores que acionam as políticas públicas no cotidiano é relevante para configurar apoios e orientações em futuras reformas ou novas formulações de políticas de saúde mental, acompanhando o processo de criação de normas e planejamento de novas estratégias adequadas para o futuro (Gerlero *et al.*, 2011). A percepção e experiências de atores envolvidos em processo de mudanças em políticas públicas podem oferecer pistas não somente em relação às implicações delas nas realidades locais, mas também na própria construção da política. Considerando que os gestores de rede e serviços possuem importância na implementação de políticas públicas, estima-se que conhecer suas percepções e vivências é fundamental para compreender as mudanças ocorridas e seus impactos na atenção pública à saúde mental. Ou seja, a exploração nesse nível de análise pode favorecer uma maior compreensão das implicações das mudanças acontecidas recentemente nas políticas públicas em saúde mental na Argentina e no Brasil.

A estratégia de construção de conhecimento baseou-se na combinação de uma revisão narrativa documental e uma abordagem dialógica a partir de entrevistas semiestruturadas.

Após a delimitação do problema de pesquisa realizou-se uma revisão dos sistemas de saúde e das trajetórias históricas, culturais, econômicas e da saúde mental em cada um dos países, marcando pontos de convergência e divergência entre elas. Para isso, utilizou-se as bases de dados SciELO, LILACS e PubMed com o uso de descritores: “Argentina”, “Brasil”, “Políticas Públicas” e “Saúde Mental”. Também se elencou documentos oficiais extraídos das páginas *web* dos ministérios da Saúde de ambos os países, como leis, boletins, comunicações oficiais, tanto a nível nacional, provincial, estadual ou municipal.

Foram selecionados 31 documentos para a análise do caso argentino, 37 documentos referentes ao Brasil e um total de 32 documentos oficiais (dentre os quais podem ser mencionadas as Leis Nacionais de Saúde Mental, as portarias de regulamentação de fluxo e criação de serviços e posteriores diretrizes relevantes de ampliação ou modificação das regulamentações de ambos os países).

As entrevistas, como procedimento de construção conjunta de conhecimento, encontram-se entre as técnicas mais escolhidas nas pesquisas qualitativas empíricas graças à sua capacidade de brindar a construção de informação conjunta e, à possibilidade de permitir o acesso à própria vivência subjetiva e representação da realidade do entrevistado (Minayo, 2018).

Assim, para o desenvolvimento da modalidade dialógica foram realizadas entrevistas semiestruturadas aos gestores e gestoras da Rede de Saúde Mental da província de Río Negro (Argentina) e do estado de Ceará (Brasil), para as quais foi elaborado um roteiro básico.

Dessa maneira, estabeleceu-se uma amostra intencional incluindo gestores e gestoras de diferentes serviços atuantes no nível provincial ou estadual de Saúde Mental, englobando profissionais de diversas áreas, tais como medicina, psicologia, psiquiatria e assistência social que tenham atuado como gestores ou gestoras nos serviços de Río Negro ou Ceará no período entre 2010 e 2020. Também foram abarcados gestores e gestoras que tenham exercido ou atuado em funções de gestão da política de saúde mental no âmbito da gestão subnacional nesse período.

Foram realizadas 35 entrevistas com gestores e gestoras de *Centros de Atención Primaria a la Salud* e hospitais gerais das cidades rionegrinas de: Viedma, San Carlos de Bariloche e El Bolsón; e de Centros de Atención Psicossocial e hospital de saúde mental das cidades de Fortaleza, Quixadá, Canindé e Iguatu, no estado de Ceará. Para ter uma visão mais ampla da trajetória da política, alguns sujeitos da pesquisa tiveram atuação nacional e ou em instituições de relevância para a constituição das políticas em discussão.

A técnica selecionada para a conformação da amostra foi "bola de neve ou cadeia". Assim, as pessoas convidadas para participar referenciam, por sua vez, outros possíveis participantes, conformando desse jeito uma cadeia de contatos (Martinez-Salgado, 2012).

Quadro I: Período de atividade e local dos entrevistados

Entre	Nível – País	Período de ação	Filiação institucional
--------------	---------------------	------------------------	-------------------------------

vistas (E)			
E 1	Nacional - Argentina	2013 - Atualidade	<i>Asociación Argentina de Salud Mental</i>
E 2	Nacional - Argentina	2005-2009	<i>Cámara de Diputados de la Nación</i>
E 3	Nacional - Argentina	2018 – 2020	<i>Ministerio de salud de la Nación</i>
E 4	Nacional - Brasil	2001 - Atualidade	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
E 5	Nacional - Brasil	1991 – 2011	Ministério de Saúde
E 6	Estadual – Brasil	1990 – 1994	Subsecretaria de direitos Humanos
E 7	Estadual – Brasil	2005 - Atualidade	Fórum Cearense da Luta Antimanicomial
E 8	Estadual – Brasil	1999 – 2000	Sociedade Brasileira de psiquiatria Neurologia e higiene mental
E 9	Nacional – Brasil	1987 - Atualidade	Delegação de supervisão dos serviços de saúde
E 10	Nacional - Argentina	2013 - Atualidade	<i>Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental</i>
E 11	Nacional - Argentina	2019 - 2021	<i>Asociación de Psiquiatras Argentinos</i>
E 12	Estadual – Brasil	2018 - Atualidade	Centro de atenção psicossocial - Geral Iguatú
E 13	Estadual – Brasil	1993 - Atualidade	Hospital Psiquiátrico - Fortaleza
E 14	Estadual – Brasil	2015 - 2021	Conselho Estadual de Saúde
E 15	Provincial – Argentina	2020 - Atualidade	Hospital Geral El Bolsón
E 16	Provincial – Argentina	2020 - Atualidade	<i>Centro de Atención Primaria a la Salud - SC de Bariloche</i>
E 17	Provincial – Argentina	2014 - Atualidade	Hospital Geral Viedma
E 18	Estadual – Brasil	2019 - Atualidade	Centro de atenção psicossocial - Geral Fortaleza
E 19	Estadual – Brasil	1991 - Atualidade	Centro de atenção psicossocial - AD Quixadá

E 20	Estadual – Brasil	2016 - Atualidade	Centro de atenção psicossocial - AD Quixadá
E 21	Estadual – Brasil	2016 - Atualidade	Centro de atenção psicossocial - Geral Quixadá
E 22	Estadual – Brasil	2006 - 2011	Centro de atenção psicossocial - AD Quixadá
E 23	Estadual – Brasil	2011 - 2016	Centro de atenção psicossocial - AD Quixadá
E 24	Estadual – Brasil	2020 - Atualidade	Centro de atenção psicossocial - Infantil Canindé
E 25	Estadual – Brasil	2018 - Atualidade	Centro de atenção psicossocial - Geral Canindé
E 26	Provincial – Argentina	2002 - Atualidade	<i>Centro de Atención Primaria a la Salud – Viedma</i>
E 27	Provincial – Argentina	1998 - Atualidade	<i>Centro de Atención Primaria a la Salud - SC de Bariloche</i>
E 28	Estadual – Brasil	2002 - Atualidade	Centro de atenção psicossocial - AD Canindé
E 29	Estadual – Brasil	2019 - Atualidade	Centro de atenção psicossocial - AD Fortaleza
E 30	Provincial – Argentina	1991 - Atualidade	Hospital Geral El Bolsón
E31	Provincial – Argentina	2018 - Atualidade	Hospital Gral SC de Bariloche
E 32	Estadual – Brasil	2021 - Atualidade	Centro de atenção psicossocial - Infantil Iguatú
E 33	Estadual – Brasil	2018 - Atualidade	Centro de atenção psicossocial - Geral Iguatú
E 34	Provincial – Argentina	2014 - 2022	<i>Centro de Atención Primaria a la Salud - El Bolsón</i>
E 35	Provincial – Argentina	2007 - Atualidade	<i>Centro de Atención Primaria a la Salud - SC de Bariloche</i>

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

As entrevistas foram pactuadas com os participantes, e aconteceram de forma virtual e, quando foi possível, presencial. No caso das entrevistas virtuais, foram realizadas por

meio da plataforma *Google Meet*, sendo gravadas, com base no acordado na solicitação do termo de Consentimento Livre e Esclarecido e posteriormente transcritas pela pesquisadora para a sua análise. Os encontros presenciais foram previamente pactuados com os participantes e realizados no local de trabalho destes, durante o período de outubro a dezembro de 2021, em ambos os países.

Assim, foram coordenadas visitas a CAPS e hospitais da totalidade das cidades incluídas na pesquisa. Com o apoio do PPGSP - UFC foram programadas visitas às instituições partícipes, permitindo uma experiência única de imersão no fluxo de trabalho, funcionamento e estrutura de cada um deles. Foram realizados visitas e encontros no: Hospital de Fortaleza, CAPS AD, CAPS Infantil e CAPS Geral de Fortaleza; CAPS geral e AD de Quixadá, CAPS infantil e CAPS geral de Iguatu, CAPS Geral, CAPS AD e CAPS infantil de Canindé; Hospital Geral de Viedma e CAPS IPPV, Hospital Geral de S.C de Bariloche, CAPS El Frutillar e CAPS San Francisco III e Hospital Geral de El Bolsón.

A escolha dessa modalidade se deve ao contexto de pandemia por causa da COVID-19, pela qual se encontrava atravessando o mundo no momento de levar a cabo esta pesquisa. A conjuntura vigente no momento de realização deste projeto implica, entre outras, restrições ao contato físico estreito, por isso o contato virtual tornou-se uma opção viável. Procurou-se que a transcrição não ficasse reduzida ao mero repasse do falado ao escrito, considerando também o contexto extra discursivo como as pausas, os silêncios, o contexto da entrevista etc.

Seguindo Minayo (2017), o número de informantes foi orientado pelo objeto e a complexidade deste estudo, se definindo só a posteriori, procurando valorizar a profundidade dos dados obtidos, se combinando de forma equitativa com a extensão da aplicação da técnica. Desse jeito, procurou-se diferenciar volume e riqueza de dados, visando, neste trabalho, a obtenção de ambos (Fusch; Ness, 2015).

Nesse sentido, o trabalho subscreve à concepção de *information power*, apresentada por Malterud, Siersma e Guassora (2016), considerando que, enquanto a informação obtida possua maior poder, é necessário um número de amostra menor. Assim, nos centramos na potencialidade da informação obtida para produzir novo conhecimento em lugar de pré-definir a quantificação da nossa amostra.

Dessa forma, para definir o fechamento da amostragem, foi levado em consideração o objetivo do estudo, a especificidade com que foram definidos os participantes e a teoria que orienta o estudo, a qualidade do diálogo e as estratégias de análise.

2.3.4 Análise das informações

Buscou-se dar sentido ao fenômeno estudado por meio do discurso específico dos gestores e gestoras procurando, com a nossa análise, ampliar a compreensão da realidade como uma totalidade (Amezcuá; Toro, 2002). Para isso, deu-se uma leitura tanto horizontal como transversal ao material obtido por meio das entrevistas, com posterior identificação de categorias de análise.

Adotou-se o enfoque hermenêutico-dialético, proposto por Minayo (2002) como o método mais eficiente para fazer uma interpretação adequada da realidade, pois contextualiza o discurso e o coloca dentro da sua realidade sócio-histórica. Com esse objetivo, a autora aponta dois momentos na interpretação.

O primeiro momento é o da compreensão, onde foi abordada a conjuntura socioeconômica, política e histórica na qual os participantes estão incluídos. A reconstrução da trajetória da saúde mental em ambos os países e unidades subnacionais selecionadas, levando como eixos os contextos políticos e socioeconômicos, e as mudanças no nível das regras, os serviços ofertados e a participação de atores ao longo do período analisado favoreceram essa etapa. O segundo momento foi composto pelo contato com o material empírico, propriamente dito, e que Minayo (2002) define como o “instante hermenêutico”. Assim, a análise oscilou constantemente entre a empiria e a teoria, num movimento dialético. Para isso, a análise das informações contou com o suporte do software Atlas.ti 8.

2.3.5 Aspectos éticos da pesquisa

Por se tratar de uma pesquisa que envolve entrevistas, foram considerados os princípios éticos básicos para pesquisa com seres humanos desenvolvidos no Relatório Belmont. Portanto, seguindo o disposto na Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, considerou-se a solicitação da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os participantes, onde foi apresentado a pesquisadora e detalhado o projeto, explicando seus objetivos e expectativas. Além disso, foi considerada a avaliação de benefícios e riscos e o seu envio ao comitê de ética correspondente para análise e apreciação.

Todos os princípios éticos correspondentes a pesquisas com seres humanos foram levados em consideração, assim como a apreciação pelo Comitê de Ética, obtendo aprovação em 2021, registrada no Parecer N° 5.124.298. Em consonância com uma concepção de

conhecimento socialmente construída, e não como mera coleta de dados, (Bosi, 2012) os participantes receberam uma devolutiva sobre as discussões e conclusões alcançadas.

Espera-se com a presente pesquisa suscitar debates em torno da saúde mental, uma vez que possa servir como norteador do desenho de ações específicas para a atenção humanizada em saúde mental, que assegurem o gozo de grau máximo de saúde como direito fundamental. Finalmente, e de acordo com a concepção acerca da construção de conhecimento compartilhada que este trabalho sustenta, se espera poder dar retorno aos entrevistados acerca da análise realizada no projeto e as conclusões alcançadas.

3 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA ARGENTINA

3.1 A trajetória da política pública em saúde mental na Argentina

Regida historicamente por um paradigma manicomial centrado no Hospital Psiquiátrico, as diferentes tentativas de introdução de reformas permanecem como experiências parciais que não se integram a um Plano Nacional de Saúde Mental, e que só começaram a surtir efeito, a nível nacional, a partir do início da primeira década dos anos 2000, conforme se detalha abaixo.

3.1.1 Período ditatorial e a recuperação democrática

A ditadura militar que teve lugar na Argentina entre os anos de 1976 e 1983 não foi somente a mais violenta com a população civil na história da América Latina, senão que também apontou à perseguição, tortura e desaparecimento de coletivos específicos, dentre eles os trabalhadores da saúde mental. Assim, o campo da saúde mental sofreu uma repressão sistemática, impedindo suas atividades, fechando as vagas nas carreiras de psicologia nas universidades nacionais e desarticulando muitos dos serviços de saúde mental do país, especialmente das comunidades terapêuticas. Nestes anos, cresceu o apoio às práticas biológicas e intervenções físico-químicas, reduzindo a oferta de atenção à internação em hospitais neuropsiquiátricos, ao mesmo tempo em que era desmantelada qualquer tentativa de atenção com enfoque comunitário (Magaldi, 2018).

Após a ditadura militar, durante o período de recuperação democrática foi proposto universalizar e unificar o sistema de saúde geral, uma vez que se organizava o sistema de planos de saúde. Além disso, para restaurar os espaços destruídos pela ditadura, procurou-se criar uma política de Saúde Mental focada num modelo comunitário de atenção e na incorporação da estratégia de atenção primária à saúde (Camargo; Preuss; Lacerda, 2018).

Porém, a intervenção de alguns atores e o clima de instabilidade que ainda reinava no país impediram de levar a cabo essas mudanças. Entre as dificuldades encontradas, destaca-se a resistência dos sindicatos reguladores das obras sociais e a crise socioeconômica que levou o presidente Alfonsín à entrega antecipada do poder ao candidato Menem, deixando inconclusas as propostas de modificações no campo da saúde (Machado, 2018).

Vale destacar a atuação da província de Río Negro, que desde a recuperação democrática até os dias atuais foi pioneira na reivindicação da reforma psiquiátrica e do paradigma dos direitos humanos no país; já em 1988 a cidade de Allen, nesta província, estabeleceu pela primeira vez na Argentina o fechamento do único hospital psiquiátrico do lugar.

3.1.2 Governos neoliberais e crise econômica (1989 - 2002)

A chegada do menemismo ao poder representou o início de políticas neoliberais. Essas incluíram processos de descentralização, privatização, abertura econômica e desregulação dos serviços públicos, além de uma série de reformas no sistema de saúde a nível nacional.

As reformas adotadas em diferentes áreas, incluindo a saúde, apontaram à descentralização dando maior autonomia às províncias na prestação de serviços. No entanto, esse processo não esteve orientado por um marco jurídico nacional que permitisse o desenvolvimento de medidas articuladas, assim, uma característica que destacou esse período foi a criação de leis e projetos de saúde muito diferentes e contraditórios em cada província, marcados pela discrepância e a fragmentação (Blanco *et al.*, 2017).

Além disso, a redução do gasto público e um cálculo errado dos recursos a serem transferidos resultaram em um desmantelamento do sistema de saúde, caracterizado pela emergência sanitária que evidenciou a baixa capacidade de respostas dos serviços de saúde públicos, privados e das obras sociais. Somou-se também a eliminação da recentemente esboçada rede de saúde mental, através do fechamento de numerosos serviços no final da década dos 90 (Machado, 2018).

Embora a difícil realidade sanitária presente, nesse período avanços importantes na área da saúde mental foram alcançados. O momento correspondia ao surgimento das primeiras legislações com orientações alternativas ao hospital psiquiátrico, influenciadas por um contexto internacional de surgimento de instrumentos que impulsionaram a reforma psiquiátrica (Rosendo, 2014).

É importante assinalar que uma grande parte dos avanços na área da saúde mental não foram mobilizados pelo Estado, senão conseguidos e impulsionados por atores pertencentes à área, como trabalhadores e pacientes dos hospitais manicomialis (Ardila-Gómez *et al.*, 2018; Campodónico, 2019). Apesar dos progressos conquistados durante esse período, o papel do

Estado viu-se limitado pelos atritos com diversos grupos. Chiaverti (2008, p. 178, tradução nossa) aponta, por exemplo, que “frente ao poder dos sindicatos, as gestões de Galli e de Fiasché não conseguiram construir um poder que equilibrasse a correlação de forças”⁴⁵.

Foram desenvolvidos programas que visaram dar visibilidade ao movimento de desmanicomialização. Esse é o caso da rádio *La Colifata*, fundada em 1993, e ou *Frente de artistas del Borda* que teve início em 1984, ambos projetos objetivaram dar visibilidade e fortalecimento ao movimento de reforma da saúde mental e à inserção comunitária dos usuários do sistema.

A maior conquista, nessa época, foi a reforma antimanicomial realizada em Viedma, capital da província de Río Negro, em 1991, com a Lei Provincial nº 2.440. Essa lei foi pioneira em nível latino-americano no que diz respeito às reformas no sentido da desmanicomialização, estabelecendo a internação de pacientes com problemas de saúde mental em hospitais gerais. Ao respeito da experiência de Río Negro, assim é expressado por um dos entrevistados:

Estava pensando nos 90 como uma década negativa para a saúde mental, mas não queria esquecer de mencionar, acho que foi uma das melhores experiências de desinstitucionalização do nosso país, especialmente porque podemos dizer que é o único hospital psiquiátrico público da história do nosso país que conseguiu fechar. (E. 3)⁶

Além dessa experiência, também podem ser mencionadas as províncias de Santa Fe (Lei nº 10.772) e La Pampa (Lei nº 1342), que criaram legislações de reestruturação psiquiátrica nesse mesmo ano, seguidas pelas províncias de Entre Ríos (lei nº 8806) e San Juan (Lei nº 6976), em 1994 e 1999 respectivamente (Blanco *et. al.* 2017).

Nos anos seguintes, muitas outras províncias continuaram criando leis e disposições que acompanharam o compromisso com a melhora na atenção dos usuários do sistema de saúde, mas sempre com projetos desarticulados entre si e sem um marco orientador nacional, o que resultou em serviços pouco eficientes, desorganizados e profundamente diferentes em cada província (Blanco *et al.*, 2017).

⁴ “Frente a este poder de los sindicatos las gestiones de Galli y de Fiasché no supieron construir un poder que equilibrara la correlación de fuerzas.”

⁵ Ángel Fiasché serviu como Diretor Nacional de Saúde Mental durante este período, e Vicente Galli ocupou o mesmo cargo nos anos 1984 – 1989, durante o mandato do presidente Raúl Alfonsín.

⁶ No original: “Pensaba en los ‘90 como una década negativa para la salud mental pero no me quería olvidar de hacer mención a, creo que fue una de las mejores experiencias desmanicomialización de nuestro país, sobre todo porque podríamos decir que es el único hospital psiquiátrico público en la historia de nuestro país que logró cerrarse.” (Tradução nossa, 2022).

Foi somente nos inícios da década dos anos 2000 que a saúde mental começou a ter relevância na Argentina. Assim, por exemplo, nesse mesmo ano foi aprovada a Lei nº 25.421 de criação do Programa de Atenção em Saúde Mental (Argentina, 2001), determinando o direito das pessoas de receber atenção em saúde mental dentro dos serviços de atenção primária, e prevendo a reinserção social das pessoas com sofrimentos mentais; sem conseguir, porém, a sua aplicação efetiva (Marazina, 2011).

3.1.3 Governos de centro-esquerda (2003 - 2015)

No início deste século, a Argentina acompanhou a chamada “onda rosa” de tomada de poder por governos de esquerda e centro-esquerda em grande parte dos países latino-americanos. Durante este período, o Estado voltou a ser um ator central, tendo uma presença principal na área da saúde (Sátyro *et. al.* 2015).

Os governos de Néstor Kirchner (2003 - 2007) e Cristina Fernández (2007 - 2011 e 2011 - 2015) buscaram valorizar a saúde como direito fundamental, promovendo a estratégia da atenção primária à saúde.

Especificamente na área da saúde mental, é formulado o *Plan Federal de Salud 2004-2007* (Argentina, 2004), estruturado em função da Atenção Primária à Saúde. Nele o Estado é apresentado como garantidor da saúde à população, visando um acesso equitativo à saúde e melhorando a acessibilidade, a eficácia e a qualidade dos serviços.

Nesse mesmo período, algumas províncias se somaram ao desenvolvimento de regulações tendentes à melhoria dos sistemas de saúde mental, entre elas: La Rioja (Lei nº 7.862) e Tucumán (Lei nº 7.576), no ano 2005, e Salta (Lei nº 6.302), no ano 2007, estabeleceram Programas de Saúde Mental. Também podem ser mencionados outros programas tendentes a gerar mudanças no sistema de saúde mental, como o *Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes* (2009), o *Programa Interministerial de Salud Mental Argentino – PRISMA* (2011) e o *Registro Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental* (2013) (Blanco *et. al.* 2017).

Nesse contexto, o Ministério de Saúde da Nação estipula a saúde mental como uma das áreas importantes sobre as quais é necessário implementar ações específicas. Até esse momento, porém, o panorama da saúde mental na Argentina era fragmentário, descoordenado e dependente das decisões de cada província (Argentina, 2009a; Gerlero *et al.*, 2011; Rosendo, 2013).

Finalmente, durante o ano 2010 foi promulgada a atual Lei Nacional de Saúde Mental (Argentina, 2010), e regulamentada no ano 2013, após discussões e resistências de alguns setores, de acordo ao expressado por um dos entrevistados:

A lei foi sancionada, começamos a trabalhar na regulamentação e mais ou menos em seis meses, algo assim, tinha um projeto de regulamento; mas demorou três anos para sair também entendemos isso mais por lobbies em contra. (...) Nesse processo de discussão houve, digamos que um ator contrário à lei procurou mudar artigos que eram fundamentais e mais tarde procurou travar o avanço da lei que era a Associação de Psiquiatras (E.2).⁷

A lei representou uma crítica ao modelo hegemônico de assistência social, incorporando uma reviravolta na perspectiva em que as doenças mentais eram abordadas, promovendo a desmanicomialização e adotando o paradigma dos Direitos Humanos, com o objetivo de garantir um tratamento digno que permita o pleno gozo dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico; devendo ser garantido pelo Estado.

Para o logro deste avanço, em matéria de direitos, foi providencial, no ano de 2011, o relatório do Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011), que em sua última apresentação sobre a Argentina orienta o país à implementação efetiva das estratégias de desinstitucionalização adotadas pela Lei de Saúde Mental.⁸ Nesse sentido, a lei propõe "um modelo baseado na promoção da saúde e assistência, prevenção, atenção e reabilitação psicossocial com uma abordagem comunitária, abrangente, interdisciplinar e intersetorial voltada para as pessoas" (Argentina, 2010).

Entre as suas principais características, destaca-se a promoção de uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, a promoção de uma abordagem comunitária, a autonomia progressiva como horizonte de recuperação, a inclusão do uso problemático de substâncias como um problema de Saúde Mental além do contexto criminal e destaca o direito de não ser identificado ou discriminado por uma doença atual ou passada.

Possui ainda uma nova posição em relação às internações em instituições de internação monovalentes, promovendo a desmanicomialização e permitindo internações

⁷ No original: "Se sanciona la ley, empezamos a trabajar en la reglamentación y más o menos en seis meses, una cosa así, tenía un proyecto de reglamentación; pero tarda tres años en salir también entendemos que más bien por lobbies en contra. En ese proceso de discusión hubo un actor contrario a la ley digamos que buscó cambiar artículos de la ley que eran claves y después buscó frenar el avance de la ley que fue la asociación de psiquiatras." (Tradução nossa, 2022).

⁸ Alguns atores apontam também ao caso "Ximenes Lopes Vs. Brasil", referente à responsabilidade internacional do Estado pela morte e maus-tratos a que o paciente Ximenes Lopes foi submetido em uma instituição mental.

somente diante de um risco iminente para si ou para terceiros, sendo o mais breve possível com a devida supervisão periódica e em hospitais polivalentes, evitando sempre prejudicar os laços sociais e comunitários do sujeito.

Posteriormente, a lei foi acompanhada da criação de normas mínimas para autorização de Estabelecimentos e Serviços de Saúde Mental e adições por meio da resolução 1.484/2015, que estabelece os requisitos de atenção aos quais tem que se adaptarem os estabelecimentos que oferecem serviços de saúde mental.

No ano 2013 foi criado o *Plano Nacional de Salud Mental (2013 - 2018)* através do decreto 603/2013 que propõe linhas de ação específicas para a implementação destas normativas, apontando, dentre outras coisas, a uma atenção homogeneizada em todo o país, em acordo com o paradigma da lei de saúde mental e visando a substituição definitiva de manicômios para o ano 2020 (BRU, 2017).

No mesmo ano foram desenvolvidos também os “*Lineamentos para la atención de la urgencia en salud mental*”, instituindo e regulando a atenção e o funcionamento de: centros de dia, serviços de saúde em hospitais gerais, CAPS, entre outros, com marcada orientação comunitária, humanizada e interdisciplinar. O estabelecimento dessas novas regulamentações e, principalmente, a sanção da lei nacional de saúde mental implicou a reestruturação dos serviços e dispositivos existentes, assim como as modalidades de trabalho dos profissionais.

Apesar de todos os avanços ocorridos nesse período, para finais do mesmo o sistema de saúde mental ainda não tinha conseguido aperfeiçoar seus serviços, podendo se observar, por exemplo, a permanência de abordagens individuais, dificuldades na organização das equipes de saúde mental nos centros de atenção e na adaptação às novas normativas, falta de articulação entre os serviços, gerando limitações no acesso e seguimento dos tratamentos, e ausência de programas de prevenção e reabilitação perpetuando, assim, modelos de atenção baseados em paradigmas anteriores (Marazina, 2011).

3.1.4 Governos de centro-direita (2015 - 2019)

A vitória do candidato de centro-direita Mauricio Macri, no ano 2015 abre uma nova etapa no percurso da saúde na Argentina. O período representa o realinhamento da Argentina com políticas neoliberais, evidenciando um retrocesso social e econômico.

No período anterior foram logrados avanços substanciais, a nova rede de saúde mental se encontrava, até aquele momento, em construção. Porém, as novas políticas impediram

a sua consolidação. Assim, após dez anos da sanção da lei ainda são vivenciados sinais de resistência a sua implementação definitiva. Blanco *et al.* (2017), por exemplo, assinalam que a nomeação do psiquiatra Andrew Blake para o Diretório Nacional de Saúde Mental e Adições no ano 2015 foi considerada por alguns setores como um retrocesso no campo da saúde mental comunitária. A crítica desses setores originou-se como resposta a medidas que foram adotadas ignorando a legislação vigente; a mais representativa delas foi a prescrição da resolução 1.003/2016, revogando a resolução 1.484/2015 de *Normas Mínimas para a Autorização de Estabelecimentos e Serviços de Saúde Mental*, que visava incentivar a abertura de leitos de saúde mental em hospitais gerais. Essa ação foi considerada como um retorno ao antigo sistema manicomial.

Este tipo de fato dá conta da resistência que vem ocorrendo ao longo do caminho de modificação das políticas públicas de saúde mental e que mostra um terreno ainda instável na Argentina.

O tensionamento de interesses de atores como o coletivo de médicos ou das farmacêuticas, dentre outros, continuam a manter as limitações na efetiva aplicação das leis e regulamentações estabelecidas, ao que se somam a falta de investimento em formação dos profissionais e infraestrutura dos serviços (Rosendo, 2014). Assim, até a atualidade, não foram conseguidos os objetivos propostos, nem os resultados esperados em planos e regulamentos dos últimos 20 anos, e ainda persistem práticas antiquadas convivendo em contradição com as últimas leis, impedindo a implementação efetiva de serviços comunitários orientados pelo paradigma de direitos humanos.

3.2 Rede de Saúde Mental em Río Negro

O sistema de saúde da República Argentina é misto e composto por três subsistemas: o setor público, o setor previdenciário (planos sociais e Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas) e o setor privado; todos eles com diversas fontes de financiamento, recursos e abrangendo diferentes populações. Tanto o setor privado quanto o setor da segurança social são constituídos por muitas instituições heterogêneas. Portanto, a heterogeneidade e desarticulação entre esses setores é uma das principais características do sistema de saúde argentino.

O setor previdenciário é constituído por um serviço de proteção aos trabalhadores assalariados e seus familiares diretos por meio de contribuições do empregado e do empregador;

a obrigatoriedade é sua principal característica. Por sua vez, o setor privado é formado por um grupo de empresas com fins lucrativos, com contribuições voluntárias de seus usuários. Por fim, o sistema público é regulado pelo Estado por meio do Ministério da Saúde e obtém seus recursos do sistema tributário. Está organizado em três níveis: nacional, provincial e municipal e oferece serviços gratuitos por meio de hospitais públicos e centros de atenção primária à saúde (CAPS) para toda a população; no entanto, a população que habitualmente recorre a esse setor é a que carece da cobertura dos outros dois setores (Acuna, C.H.; Chudnovsky, M., 2002).

Em relação à saúde mental em particular, a partir da sanção da Lei Nacional 26.657, a rede de saúde mental argentina, passou a estar composta por dois grupos diferenciados. Por um lado, os serviços de saúde com hospitalização geral, cujo objetivo é prestar atendimento ambulatorial, atendimento de emergência e hospitalizações em serviços de Saúde Mental em instituições de saúde polivalentes. Em outro, as unidades de saúde sem hospitalização para diagnóstico e tratamento, que inclui clínicas de saúde mental, componentes de saúde mental nos centros de saúde, a Rede Integrada de Saúde Mental, composta por sua vez de centros de dia comunitários, hospitais comunitários, dispositivos de inclusão sócio-ocupacionais e dispositivos de inclusão de moradias (Dirección Nacional de Salud Mental Y Adicciones, 2019).

Embora estas sejam diretrizes válidas em todo o território argentino, cada uma das províncias ou municípios tem as próprias particularidades. Portanto, mesmo que o sistema de saúde da Argentina se organize, em todo o país, nos subníveis público, seguridade social e privado, o primeiro pode apresentar variações entre as províncias, por conseguinte, na organização da atenção à saúde mental. Assim, a organização do Sistema de Saúde da província de Río Negro não necessariamente coincide com a organização do mesmo sistema em outras províncias do país.

O sistema público de Saúde Mental da província de Río Negro organiza-se em 6 Zonas Sanitárias, 36 Programas de Áreas de Hospitais; e 184 Centros de Saúde. As Zonas de Saúde representam um nível intermediário de regionalização da saúde que integra e coordena um conjunto de áreas programáticas geograficamente relacionadas a fim de otimizar recursos, cuidados e resultados de saúde. Estão definidas de acordo a distribuição geográfica da província em: *Alto Valle Oeste, Alto Valle Este, Valle Medio, Zona Atlántica, Zona Andina e Zona Sur*. Essas regiões articulam o funcionamento dos seus recursos através de um Hospital-Matriz, que é responsável pela coordenação e articulação dos hospitais da área.

A cada Zona de Saúde é atribuído um Coordenador Zonal, que deve representar e coordenar as diferentes Equipes Comunitárias de Saúde Mental do referido território. As Áreas Programáticas Hospitalares, pelo seu lado, são unidades mínimas de organização do cuidado à saúde, delimitadas geograficamente e com recursos disponíveis para a atenção de todas as áreas de saúde da população que cobrem. Segundo a informação oficial do governo do Río Negro, na província existem 36 Hospitais Áreas Programas e 184 Centros de Saúde distribuídos nas 6 Zonas Sanitárias.

Assim, cada um dos Hospitais *Área Programática* é composto por diferentes comitês (de capacitação e docência, de bioética, de farmácia etc.), o conselho assessor técnico administrativo e cinco departamentos centrais: o Departamento de Administração (DEMIN), de Enfermagem (DEN), de Técnicos e Auxiliares (STA), de Atenção Médica (DAM) e o Departamento de Atividades Programadas para a Área (DAPA). O DAPA é o organismo responsável pela coordenação dos Centros de Atenção Primária à Saúde, e o DAM a área encarregada do serviço de saúde mental no hospital, incluindo internações e emergências.

A cidade de Viedma conta com o Hospital Área Programa de Viedma “Artémides Zatti” que oferece serviço de atenção, plantão e internação por motivos de saúde mental além de um conjunto de dispositivos. Dentre os dispositivos intermediários oferecidos para a atenção a saúde mental pelo Hospital Artémides Zatti, incluem-se: Casa de Medio Camino, Casa de Convivencia, Centro de Integración Socio Comunitaria de Salud Mental Comunitaria y Adicciones “La Parada” (CISC) e a Chacra.

Além do Hospital e os dispositivos intermédios, na cidade de Viedma existem 13 Centros de Atención Primaria a la Salud, todos eles com serviço de saúde mental. Na cidade de San Carlos de Bariloche localiza-se o Hospital “Dr. Ramón Carrillo”; ao igual que o Hospital “Artémides Zatti”, aqui existem serviços e dispositivos similares de saúde mental, entre os que podem se mencionar: o “Centro Cultural Camino Abierto”, a casa assistida “Ruca-Hue” e o espaço “Girasoles”⁹. Além disso, na cidade funcionam 16 Centros de Atención Primária à Saúde.

Na cidade andina de “El Bolsón” encontra-se o Hospital “El Bolsón”, de menor complexidade do que os anteriores, mas com serviços de saúde mental e residência similares, coordenando também as estruturas intermediárias “Hogar de tránsito” e “Empresa social”.¹⁰ Distribuem-se um total de doze Centros de Atención Primária à Saúde nesta cidade.

⁹ Os últimos dois, de criação recente (4 e 1 anos de antiguidade, respectivamente)

¹⁰ Uma Empresa Social é um dispositivo de inclusão social e laboral que tem como finalidade proporcionar bem-estar às pessoas que a compõem e à comunidade onde se desenvolvem. Promove o trabalho como direito e recurso terapêutico fundamental para a saúde mental comunitária. Disponível em: <https://rionegro.gov.ar/index.php?contID=49094>. Acesso em: 15 jul. 2022

O fluxo da atenção à saúde mental em cada uma destas cidades é similar. O ingresso no sistema pode acontecer por derivações do poder judicial, por interconsultas com outros profissionais da instituição ou pelos plantões hospitalares, nos quais são avaliadas as situações de urgência. Em caso de ser requerida uma internação, ela é realizada no próprio hospital. Outro ponto de acesso são as admissões e consultas realizadas tanto nos consultórios hospitalares como nos Centros de Atenção Psicossocial.

Surge com muita força no sistema de saúde mental da província a partir do ano 1992 (um ano após a sanção da Lei Provincial de Saúde Mental 2.440) a figura do “Operador de Saúde Mental”¹¹, ator fundamental do sistema rionegrino, cuja função é realizar uma abordagem alternativa para a resposta tradicional à crise mental, incorporando o conhecimento comunitário, visitando os domicílios e articulando a aquisição e administração de medicação psicoativa, assim como as consultas com especialistas.

O operador de saúde mental é um dos principais exemplos das particularidades do funcionamento do sistema de saúde provincial. Quase a totalidade dos Centros de Atenção Primária à Saúde contam com, ao menos um (com frequência dois ou três) operador de saúde mental.

3.3 Mudanças nas políticas de saúde mental: o que dizem os gestores de Río Negro?

Dentre as mudanças e permanências referidas pelos (as) atores (as) entrevistados (as) destacamos as alterações acontecidas a seguir.

3.3.1 Entre as normas e os fatos: desafios para a implementação

Após uma década da regulamentação da Lei Nacional de Saúde Mental na Argentina, um dos marcos históricos mais importantes nos avanços nessa área, revelam-se nas falas dos sujeitos da pesquisa desafios para uma implementação bem-sucedida. A história de Río Negro se define mais como uma exceção do que como uma regra no país, conformando

¹¹ Embora atualmente adotada na maior parte do país, a figura dos Operadores Comunitários nasceu na província de Río Negro como um jeito de incluir usuários no funcionamento da rede de saúde (em desenvolvimento em aquele momento). Assim, usuários que receberam atendimento no sistema e encontravam-se recuperados passavam a fazer parte e acompanhar a recuperação de outros usuários. A adoção desta figura, intermediária entre a rede e novos usuários permitiu, em pequenas cidades da província, como El Bolsón, a implementação bem-sucedida de conceitos antimanicomiais.

uma exceção de avanços logrados de forma pioneira, continuadas posteriormente, mas dificilmente estendidas ao restante das províncias. A respeito dessa situação, uma das entrevistadas sinala:

(...) acontece, em 1990 a sanção de uma lei, que é a 2440 do Río Negro, de desmanicomializacão, que ficou como reduto místico e romântico do que foi a reforma, que teve grande repercussão no sul do nosso país, mas não se estende por diferentes motivos (...) o direito avançou muito mais que o campo sanitário (E. 10).¹²

Contudo, resistência à mudança de padrões nas práticas vinculadas à saúde mental e a insuficiência de ações que apoiem a construção destas políticas também são observadas na experiência rio-negrense.

Embora a província de Río Negro conte com políticas avançadas, os participantes da pesquisa repetem a dificuldade de implementação e os atrasos nesse quesito, após mais de dez anos da sanção da Lei Nacional de Saúde Mental: “Não são muitas as províncias que fizeram um forte investimento para mudar o sistema de atendimento agora, mesmo que você tenha o orçamento, você tem outros obstáculos (E.2)”¹³.

De modo geral, eles percebem grandes avanços no que diz respeito a regulamentações e leis, mas esses avanços não se veem refletidos na implementação efetiva ou nas práticas em serviços de saúde mental. Quase de forma unânime, gestores e gestoras ressaltam as diretrizes estratégicas por parte do poder central como uma das principais limitações para lograr esses avanços.

Importante ressaltar que as particularidades de sistema federativo de governo da Argentina outorga grande autonomia às províncias no que se refere à implementação de políticas e à criação e desenvolvimento de serviços; isto é, o governo nacional argentino permanece desenvolvendo um rol não regulador das ações nas províncias, gerando um clima altamente heterogêneo ao longo do país. Desse jeito, na atualidade tem províncias adequadas aos delineamentos da lei (como o caso do Río Negro, provavelmente a única província que tem conseguido esse ajuste), mas há também províncias que não conseguiram adaptar os hospitais monovalentes a fim de se adequarem às novas políticas.

¹² A tradução é nossa: “(...) se produce en 1990 la sanción de una ley, que es la 2440 de Río Negro de desmanicomialización, que quedó como un reducto místico y romántico de lo que fue la reforma, que impactó mucho en el sur de nuestro país, pero no se extendió por distintas razones (...) el derecho Avanzó mucho más que el campo sanitario.”

¹³ A tradução é nossa: “No hay demasiadas provincias que hayan puesto una inversión fuerte para cambiar el sistema de atención ahora, aunque tenga el presupuesto después tenes otros obstáculos”

Assim, em relação às dificuldades nos progressos efetivos em consonância com as políticas, um dos entrevistados expressa: “uma delas é a falta de uma diretriz estratégica que exija mais de uma vez, mais de uma gestão, mais de quatro anos; portanto, é essa falta de diretrizes estratégicas que atravessa as gestões (E. 3)”¹⁴

Pode se dizer, que nesse caso, as limitações não estão em relação às políticas públicas em si, ou ao seu conteúdo, senão, aos esforços governamentais conjuntos para a sua implementação, parte fundamental do sucesso ou não da concepção que sustenta as políticas de saúde mental. Desse modo, alguns planos impulsionados pelo governo nacional são lembrados¹⁵, mas eles são tidos como implementados de forma esporádica, apenas como mecanismo de apoio a serviços de saúde.

Existem vários planos nacionais: SumAr, Proteger, Redes, que o que ele faz é dar recursos ao posto de saúde, seja em dinheiro (e você tem que dizer no que vai investir, e assim), ou eles te dão uma escala, esfígmomanômetro, ou seja, recursos que são voltados para a população que você está atendendo, e que em geral tem uma grande tendência que seja para doenças crônicas; o SumAR inclui, sim, os mais jovens. Mas a ideia é incentivar o posto de saúde a atrair mais esses pacientes, acompanhá-los, e se forem cumpridas determinadas metas, você vai receber ou uma escala, ou tinta para pintar o posto, a gente vê como um reforço positivo (E. 35).

Assim, os mecanismos de indução para políticas nacionais nas províncias parecem limitados, sem previsibilidade na decisão de cada governo subnacional aderir ou não às estratégias desenhadas. Isso demonstra precariedade nos apoios específicos à área de saúde mental: “Então há resistência, é uma decisão política. (...). Tem muitas províncias que já fizeram a adaptação, isso quer dizer se adequar à lei. Muitos criticaram a lei e pediram para não cumprir a lei, como se ela não pudesse ser cumprida... (E.1)”¹⁶

3.3.2 A formação de profissionais e as condições de trabalho

De acordo com as falas dos participantes da pesquisa, a área da saúde mental tem recebido escasso apoio do Governo Federal no que diz respeito à sua implementação. Nessa

¹⁴ A tradução é nossa: “(...) uno de ellos es la falta de un lineamiento estratégico que requiere más de una vez, más de una gestión, más de cuatro años; por lo tanto esa falta de lineamiento estratégico que atraviese las gestiones.”

¹⁵ durante a primeira década dos 2000, desenvolveram-se propostas de apoio à atenção primária à saúde por meio dos CAPS, incluindo: o Programa REMEDIAR, do ano 2002, e o Programa SUMAR, do ano 2004, reorganizado no ano 2012 sob o nome de Programa NACER

¹⁶ A tradução é nossa: “entonces hay resistencias, es una decisión política. (...) porque hay muchas provincias que ya han hecho la adecuación, eso quiere decir adecuarse a la ley. muchos criticaban la ley y llamaban a no cumplir la ley, como si se pudiera no cumplir...”

direção, é dito que a formação profissional de atores na área de saúde mental não acompanhou os avanços normativos neste campo.

A regulação não foi devidamente estabelecida, portanto, são escassas as diretrizes na instrução profissional. Esse aspecto fundamental para a constituição de uma reforma na área de saúde mental é visto como uma omissão do Estado, sendo um dos motivos centrais da permanência de práticas contraditórias com as novas políticas almejadas. É referido, por exemplo, que: “(...) a formação desse pessoal, com essas características, não tem sido suficientes, pelo menos para uma cidade grande como Bariloche, e isso torna os passos muito lentos (E. 27).”¹⁷

Dessa maneira, permaneceria ainda uma educação voltada para a lógica manicomial: “(...) não podemos esperar que mais psiquiatras comunitários apareçam se suas residências são feitas em um hospital psiquiátrico (E. 3).”¹⁸

Por certo, são uma preocupação as práticas realizadas nos serviços comunitários e dos profissionais atuantes, muitos deles sem formação específica, de modo a resultar no traslado da lógica manicomial para os novos serviços. Nessa direção, um dos entrevistados explica:

Há resistência em hospitais gerais que não possuem serviços de saúde mental a incorporarem o serviço de saúde mental; nem os hospitais monovalentes querem se tornarem gerais nem os hospitais gerais querem se transformar, no final, tem tendências conservadoras (E. 2).¹⁹

Vê-se, ainda, a estagnação na dimensão normativa; grandes passos por políticas públicas avançadas na perspectiva de direitos humanos e abordagem comunitária; mas que, contudo, possuem dificuldades em se refletir, materialmente, em práticas, serviços, ações e decisões de apoio às adaptações de renovação da formação de profissionais, de reforço à prevenção e promoção da saúde mental, de controle e incentivo às mudanças.

Os sujeitos da pesquisa abordaram, também, as condições de trabalho dos profissionais atuantes no subsetor público. Elevaram os salários baixos, os recursos insuficientes e a superlotação dos serviços, que deveria ser afrontada. A esse respeito, um entrevistado refere:

¹⁷A tradução é nossa: “(...) la formación de este personal, con estas características no ha sido, por lo menos para una ciudad grande como Bariloche no ha sido suficiente y eso hace que los pasos sean muy lentos.”

¹⁸ A tradução é nossa: “(...) no podemos esperar que aparezcan más psiquiatras comunitarios si sus residencias las hacen en un hospital psiquiátrico.”

¹⁹ A tradução é nossa: “Hay resistencia en los hospitales generales que no tienen servicios de salud mental a incorporarse al servicio de salud mental; ni los hospitales monovalentes quieren transformarse en general ni los hospitales generales quieren transformarse, al final tienen tendencias conservadoras”

(...) há uma grande distância entre a narrativa, entre a enunciação e o campo real com hospitais abandonados, com salários baixíssimos, com plantões muito longos e exaustivos, com pouco reconhecimento social, com profissionais que têm pouco tempo para descansar e pouco tempo para se atualizar, para lazer, para estudo, para aperfeiçoamento (E.11).²⁰

3.3.3 Mudanças na percepção social e nas práticas: diferenças relacionadas ao porte populacional das cidades

Um dos aspectos mais relevantes dos avanços conseguidos como consequência das novas políticas de saúde mental destacadas pelos participantes é a mudança nas percepções sociais que as novas regulamentações permitiram. Mudanças nas percepções sociais sobre o sofrimento mental era, aliás, um dos intuitos principais da Lei de Saúde Mental argentina, conforme a entrevista:

Há um pouco mais de consciência, eu sinto que como há essa aceitação social, que as pessoas têm que viver em comunidade, é como se ninguém se atrevesse a dizer "vamos derrubar isso e [trazer] o hospital neuropsiquiátrico de volta, e trancamos todo mundo" ou se for feito é meio velado (E.15)²¹

Embora não tenham sido acompanhadas de grandes ações orientadas a sua efetivação, os sujeitos coincidem ao afirmarem que as próprias políticas representam um respaldo suficiente para a implementação de novas práticas, orientadas a um modelo psicossocial tanto na comunidade como nos serviços.

Isso é o que o Río Negro tem hoje e o que consegui. Eu acho que tem muito a ver com essa coisa que já ficou de ver as pessoas, que é desumano eles voltarem para um hospital psiquiátrico, então pode ser que até politicamente eles não ousem (E. 15)²²

Assim, as políticas são interpretadas como uma base sobre a qual não se poderá retroceder. Elas representam a garantia do cuidado aos direitos humanos para qualquer membro da sociedade que atravesse situações de sofrimento mental.

²⁰ No original: "(...) hay una gran distancia entre la narrativa, entre la enunciación y el verdadero terreno con hospitales abandonados, con sueldos muy bajos, con guardias muy prolongadas y muy agotadoras, con poco reconocimiento social, con profesionales que tienen poco tiempo para descansar y poco tiempo para actualizarse, para el ocio para el estudio, para el perfeccionamiento." (Tradução nossa, 2022).

²¹ No original: "hay un poco más de conciencia, yo siento que al haber esto social de la aceptación, de que la gente tiene que vivir en comunidad es como que nadie se anima a decir "tiremos abajo esto y que vuelva el neuropsiquiátrico, y los cerramos a todos" o si se hace se hace medio velado." (Tradução nossa, 2022).

²² No original: "(...) es eso lo que hoy tiene Río Negro y lo que pudo lograr. yo creo que tiene que ver mucho con esta cosa que ya se quedó de ver a la gente que es inhumano que vuelvan a un psiquiátrico, entonces puede ser que inclusive politicamente no se animen (...)" (Tradução nossa, 2022).

Ainda em relação a esse ponto, é importante destacar que mudanças parecem ter sido muito mais fáceis em cidades pequenas, sendo elas propícias às novas ideias e só depois chegando às grandes urbes.

Essa tem sido uma tarefa importante do ponto de vista da legislação; difícil, segundo as comunidades, de implementação; muito mais difícil nas grandes cidades do que nas pequenas. As cidades pequenas, com certeza agora quando você vai para El Bolsón, tem sido muito mais fácil porque são mais comunidades que podem ser trabalhadas comunitariamente, tem uma espécie de círculo de comunicação que você pode trabalhar com a comunidade, não é um subúrbio tão grande quanto o de Bariloche, onde cada um vive em sua própria realidade (E. 27).²³

Dessa forma, o caso de El Bolsón, constitui-se mais como uma exceção, como uma cápsula de progresso e como um solo fértil para acolher o que foram essas novas ideias, como uma norma a se repetir no resto do país. Como destacado pelas entrevistadas, as próprias características da cidade permitiram o desenvolvimento de olhares pioneiros em saúde mental e uma abordagem corpo-a-corpo, num povoado que começou a incluir essas ideias inclusive quando ainda encontrava-se isolada a respeito do acesso à e desde outras cidades.

Porém, mesmo nesses casos, com o aumento da população nos últimos anos, a sustentação desse funcionamento e do sucesso do paradigma torna-se cada dia mais difícil: “A população em Bolsón aumentou muito, antes era menos, você podia fazer muita coisa e agora é como se tivesse muito mais gente e querendo ou não isso te condiciona a ter tanta gente (E. 15).”²⁴

Já na cidade de San Carlos de Bariloche (a maior da província), a resistência à implementação de novos paradigmas está muito mais presente, tanto na sociedade, quanto nos profissionais e serviços: “(...) falaram ‘bem, nós montamos esse lugar, que é Los Girasoles’ que é meio como uma internação, é muito cinza, é como continuar tendo um modelo psiquiátrico... (E. 15)”²⁵

Aflora, assim, a pergunta sobre a necessidade de ajustes necessários para que essas políticas consigam ser desenvolvidas nas grandes cidades. Dispõe-se dos profissionais

²³ No original: Eso ha sido una tarea importante desde el punto de vista de legislación, difícil, según las comunidades, para la implementación, mucho más difícil en ciudades grandes que en ciudades chicas. Las ciudades chicas, seguramente ahora cuando vas a Bolsón, ha sido mucho más fácil porque son comunidades más que se puede trabajar comunitariamente, hay como un círculo de comunicación que se puede ir trabajando con la comunidad, no es un suburbano tan grande como el de Bariloche donde, en realidad, cada uno vive en su propia realidad” (Tradução nossa, 2022).

²⁴ No original: “(...) la población en Bolsón ha subido muchísimo, antes era menos, se podían hacer un montón de cosas y ahora es como que es mucha más gente y quieras o no eso te condiciona tener tanta cantidad de gente.” (Tradução nossa, 2022).

²⁵ No original: “(...) dijeron “bueno armamos este lugar que es Los Girasoles” que es como un lugar medio de internación de los tienen ahí, es muy gris, es como seguir teniendo un modelo psiquiátrico...” (Tradução nossa, 2022).

suficientes para abordagens comunitárias em metrópoles desse tamanho? Os recursos destinados à saúde mental são aptos para efetivar as ações que este modelo implica? São levadas a cabo ações que acompanhem os objetivos das políticas? E, novamente: a falta de sucesso, tem a ver com a proposta das políticas ou com a não consideração dessas variáveis no momento da sua implementação?

3.3.4 Redes de saúde mental na Argentina: mudança de modelo assistencial?

Um dos principais pontos de avanços vinculado às políticas de saúde mental na última década na Argentina, corresponde à criação de novos serviços orientados à atenção comunitária e extra-hospitalar, com o intuito de conformar espaços de intermediários e de reinserção social.

Assim, em Río Negro, além da inclusão de leitos de saúde mental nos hospitais gerais de toda a província, a rede de saúde mental compõe-se de “casas de meio-caminho” (como é o caso da casa Ruca-Hue, na cidade de San Carlos de Bariloche), espaços de acolhimento nos quais, após um período de internação, pessoas podem encontrar apoio para a reinserção comunitária e laboral. Estes dispositivos, que sempre contam com a presença de *operadores comunitários*, oferecem uma variedade de atividades de suporte e acompanhamento em tarefas cotidianas.

Criaram-se, também, centros culturais abertos à comunidade, mas especialmente orientados à atenção e cuidado da saúde mental (na cidade de San Carlos de Bariloche existe o *Centro Cultural Camino Abierto*). Um ponto fundamental que possibilitou esses avanços foi a aparição na cena da figura de Operador Comunitário em Saúde Mental (OC).²⁶

Apesar disso, percebe-se lentidão na efetivação dos serviços. A criação de serviços parece ainda não corresponder às expectativas descritas nas legislações e normas nacionais e provinciais. Existem poucos dispositivos comunitários e substitutivos do hospital manicomial. O funcionamento dos serviços parece não estar coordenado em rede, e como uma entrevistada

²⁶ Os/as operadores/as comunitários são membros fundamentais da rede de saúde mental argentina, procurando ser um elo entre os CAPS/hospitais e a comunidade. A sua formação fundamenta-se num treinamento específico no acompanhamento de usuários da rede, procurando dar atenção e acompanhamento às necessidades, consultas profissionais e uso de medicação de cada um dos integrantes da área correspondente a cada operador/a. No Brasil, é similar à figura de agente comunitário de saúde.

diz: “O recurso humano, muitíssimo, eu acho que falta aqui; e trabalhar muito mais no território, não tanto no assistencialismo de depender do hospital, senão do território (E. 16)”.²⁷

Dessa maneira, a falta de espaços funciona como um modo de sufocamento da própria rede, que frente a enorme demanda não tem as ferramentas suficientes (nem humanas nem de infraestrutura) para dar conta de uma lógica inovadora, para acompanhar as políticas públicas e responder desde um olhar comunitário e desmanicomializante.

Como destacado anteriormente, a implementação das ideias das novas políticas realizou-se com maior facilidade em comunidades pequenas; a proximidade entre os profissionais e a comunidade e o baixo número populacional permitiram uma cobertura de OC quase total. Contudo, na última década, quando quase duplicou o número populacional entre 1991 e 2021, de acordo aos censos nacionais²⁸, esse dado começou a se tornar um desafio para o modelo comunitário, situação ainda mais desafiante ao se considerar a falta de recursos e o baixo investimento nessa área da saúde.

Como consequência da combinação desses fatores, os serviços de saúde mental são insuficientes para a demanda crescente. Apesar dos esforços, as respostas assistenciais às necessidades de atenção em saúde mental ainda possuem o hospital psiquiátrico como espaço em destaque.

O investimento insuficiente em serviços de saúde mental alternativos ratifica, por conseguinte, a prática dos usuários recorrerem aos hospitais monovalentes. Desse modo, observa-se o enfraquecimento da abordagem comunitária. Nesse sentido, um dos gestores relata:

Existe uma enorme lacuna entre os problemas prevalentes de saúde mental e a capacidade de resposta do sistema de saúde, porque a concentração da resposta está nos hospitais psiquiátricos e no primeiro nível de atenção; praticamente não há abordagem à saúde mental, e muito pouco nos hospitais gerais (E. 3).²⁹

É possível pensar, inclusive, em resistências dos próprios serviços para se orientar em direção à desinstitucionalização. Na cidade de San Carlos de Bariloche, por exemplo, uma decisão do hospital geral levantou polêmica entre os profissionais atuantes em saúde mental,

²⁷ No original: “El recurso humano, muchísimo, que creo que faltaría acá y trabajar mucho más en el territorio, no tanto el asistencialismo de depender de un hospital, sino territorio” (Tradução nossa, 2022).

²⁸ https://sipan.inta.gob.ar/productos/ssd/vc/bariloche/ig/cantidad_de_habitantes.htm (Última consulta em 6/7/2023)

²⁹ No original: Hay una enorme brecha entre los padecimientos, los problemas prevalentes de salud mental y la capacidad de respuesta al sistema de salud, porque la concentración de la respuesta está en los hospitales psiquiátricos y en el primer nivel de atención prácticamente no hay abordaje la salud mental, y en los hospitales generales muy poco (Tradução nossa, 2022).

tanto dessa localidade como de outras (inclusive da cidade de El Bolsón). A questão é que o espaço “Girasoles”, criado em função da justificativa da necessidade de espaço e leitos destinados à internação em UTI ou recuperação de COVID-19, e a necessidade de evitar infecções para os pacientes internados em função de transtornos mentais, ainda se encontra em funcionamento. O governo aponta que há um processo de adaptação para ele se tornar uma casa de meio-caminho (sem internações). Porém, não é claro entre os profissionais o modo como as internações acontecem, nem o fluxo entre esse espaço Girasoles e o hospital geral, nem a modalidade e tempo em que será feita essa adaptação. Uma das profissionais entrevistadas explica:

Eles já vieram com a separação antes da pandemia, que depois o levou para outro lugar, para uma escola de hotelaria e havia todo um perrengue porque as pessoas diziam "Eu não quero meus filhos estudarem lá com essa gente"; depois pra acalmar um pouco as águas... porque eu acho que a ASPAC, é a associação de familiares de usuários de saúde mental de Bariloche, é como se eles tivessem saído para dizer "Olha, essas pessoas estão estigmatizando eles", então eles disseram "Bem, montamos esse lugar que é *Girasoles*" que é como um lugar meio que de internação, é muito cinza, é como continuar tendo o modelo psiquiátrico (E.15).³⁰

Apesar de ser afirmado que o espaço “Girasoles” deva se caracterizar em um âmbito intermediário e não de internação, seu funcionamento e articulação dentro da rede ainda não é bem estabelecido para a maior parte dos entrevistados da província. Aliás, muitas vezes é interpretado como um retrocesso na inclusão da saúde mental nos hospitais gerais.

Ademais, observamos que o desenvolvimento dos pontos de atenção não foi devidamente acompanhado de orientações claras a respeito dos fluxos de funcionamento e a articulação entre componentes da rede ou entre os sistemas além dela. Portanto, apesar de existirem regulamentações descritivas da rede, o funcionamento ao interior dela parece fragmentado.

Do mesmo jeito, a necessária articulação da rede com instituições ou serviços fora dela parece não estar completamente regulado e supervisionado. Assim, por exemplo, os participantes destacam atritos e resistências desde o sistema judicial, falta de coordenação com o ambiente laboral para incentivar a inserção, nem educativo com o objetivo de reorientar e fortalecer a formação dos profissionais.

³⁰ No original: “Ya venían con la separación antes de la pandemia, que después lo llevaron a otro lugar, a una escuela de hotelaría y hubo todo un bardo porque la gente decía "no quiero que mis hijos estudien allí con estas personas". después para lograr calmar un poco las aguas... porque ASPAC creo que es la asociación de familiares de usuarios de salud mental de allá de Bariloche como que salió a decir "mira, los están estigmatizando estas personas", entonces dijeron "Bueno armamos este lugar que es los girasoles" que es como un lugar medio de internación de los tienen ahí, es muy gris, es como seguir teniendo un modelo psiquiátrico (Tradução nossa, 2022).

3.3.5 Acesso e os sistemas de atenção

A demanda de uma adequada articulação dentro da rede e a necessidade de diálogo com componentes fora dela tornam o cenário ainda complexo. É possível perceber que o trabalho de acompanhamento da política que se tem pela frente é enorme, pois entrelaça inúmeras dificuldades e requer ações e articulações entre os vários atores.

A respeito da complexidade do assunto, um dos entrevistados assinala:

Um dos problemas é: eles não têm as habilidades necessárias no centro de saúde para detectar problemas prevalentes; segundo problema: se forem detectados, são derivados automaticamente: "Não é para mim, não é para esse nível de atenção, é para o psiquiatra, o psicólogo que está no hospital", o que acrescenta outro problema, que é: não tem agendamentos, porque se todos os casos detectados foram para uma lista de quatro psiquiatras e cinco psicólogos no hospital, não são suficientes. Então chega alguém que tem que caminhar 50 quarteirões de onde mora até o hospital para ser informado de que tem um agendamento em três meses (...) outro problema: acessibilidade; não adianta receitar psicofármacos, que o paciente pega o papel e não pode comprá-los. Se a pessoa precisa estar internada, se tem critério de internação, a maioria dos hospitais não admite; então, aonde vai? Entra em uma ambulância para o hospital psiquiátrico, continuamos a alimentar o hospital psiquiátrico (E.3).³¹

No caso da rede de saúde mental argentina, os sub níveis de atenção privada e de planos sociais merecem um lugar de destaque. De forma unânime, entrevistados da rede pública de atenção expressam que a adaptação de atores privados às demandas de ajustes das novas políticas públicas, leis e regulamentações é praticamente inexistente. Como aponta, por exemplo, uma das gestoras:

É necessário regular algo que já está na lei, que é que a parte privada aborde questões de saúde mental, que este é o único hospital da região. Bariloche é muito grande, há muita demanda de pessoas. É o único hospital onde são admitidas ou atendidas situações de saúde mental em regime de plantão. Quando a lei estabelece claramente os direitos de qualquer pessoa que seja atendida por plano social ou seguradora privada. Isso não se cumpre aqui, há apenas um hospital público, que é esse, e tem outros sanatórios, clínicas particulares que eles já deveriam, há muitos anos, isso... cumprir com essa regulamentação e não cumprem com ela (E. 31).³²

³¹ No original: "Uno de los problemas es: no tienen las competencias necesarias en el centro de salud para detectar los problemas prevalentes; segundo problema: si se los detecta automáticamente se lo deriva: "no es para mí, no es para este nivel de atención, es para el psiquiatra, el psicólogo que están en el hospital", lo cual le agrega otro problema que es: no hay turnos porque si todos los casos detectados van a parar a una lista de cuatro psiquiatras y cinco psicólogos que hay en el hospital no dan abasto. Entonces llega alguien que por ahí tiene que hacer 50 cuadras desde donde vive hasta el hospital para que le digan que tiene un turno dentro de tres meses." (Tradução nossa, 2022).

³² No original: sí es necesario que se reglamente algo que ya está en la ley, que es que la parte privada atienda las cuestiones de salud mental, que este es el único hospital de la región, (Bariloche está muy grande, hay mucha demanda de gente), el único lugar donde se atiende por guardia o se internan situaciones de salud mental. Cuando claramente la ley establece los derechos de cualquier persona que sea atendido por obra social o que tenga una prepaga. Eso acá no se cumple, hay solo un hospital público, que es este, y hay otros hospitales sanatorios, clínicas privadas que deberían de tener ya, hace muchos años atrás esta...cumplir con esa reglamentación y no lo hacen. (Tradução nossa, 2022).

As consequências que esse ponto acarreta são inúmeras para quem atua na rede pública. Eles assinalam a absoluta ausência reguladora dos governos nesses âmbitos, apontam uma usurpação dos direitos dos usuários de planos de saúde e seguradoras privadas, que não têm acesso ao direito básico de atenção à saúde mental (ou tem acesso a prestações de baixa qualidade e sem a suficiente cobertura), superlotando o subsistema público com as demandas de saúde mental da (praticamente) totalidade da população. Sendo que os sub níveis de atenção de planos sociais e privados têm uma cobertura de 64% da população segundo o relatório de análise da saúde do ano 2018.

A pergunta que se faz a partir de cada uma dessas observações é: como esperar sucesso de políticas públicas que não são suficientemente apoiadas na infraestrutura e ampliação da rede de saúde? Como evitar a lógica manicomial quando a única opção continua sendo o hospital? Aliás, o grande problema do andamento dessas políticas parece ser o desequilíbrio entre o fechamento dos hospitais monovalentes e o não acompanhamento desses fechamentos com a abertura de opções comunitárias.

3.3.6 Financiamento da política de saúde mental na Argentina

As políticas de saúde mental na Argentina parecem não terem sido acompanhadas pelos investimentos necessários, segundo os sujeitos da pesquisa. Nesse sentido, aspectos vinculados ao financiamento e orçamento público são, provavelmente, os mais negligenciados nessa área.

Contudo, é importante salientar que a ausência de apoio financeiro não se reduz somente às ações e serviços de saúde mental, senão ao sistema de saúde em sua totalidade. O investimento público da União tem sido esporádico e precário em termos de quantidade e de continuidade, de acordo com um dos gestores:

A lei de saúde mental, a 2.440, é uma lei precursora, mas por muito tempo, e hoje também, faltam as ferramentas. A lei está, o construto está, o que não está são as ferramentas econômicas; ainda em outros espaços tem que ir brigando para conseguir algumas coisas; não consegue ficar ancorada, pode-se dizer. Por exemplo, saúde mental não tem orçamento próprio, quando já deveria ter o próprio orçamento, por lei, há 30 anos (E. 17).³³

³³ No original: “La ley de salud mental, la 2440 es una ley precursora, pero durante mucho tiempo, y hoy también faltan las herramientas. La ley está, el constructo está, lo que no está es las herramientas económicas; todavía para otros lugares hay que ir peleando para conseguir ciertas cosas; no logra anclarse, digamos. Por ejemplo, salud mental no tiene presupuesto propio cuando ya debería tener el presupuesto propio por ley hace 30 años atrás.” (Tradução nossa, 2022).

A escassez de recursos não impede apenas os possíveis avanços, mas também a sobrevivência dos serviços substitutivos já implementados. Há indícios de que a falta de recursos econômicos tem funcionado como um mecanismo de asfixia para o novo modelo de atenção, gerando insatisfações entre os profissionais. Segundo um dos gestores:

(...) imagina o que é estar 72hs permanentemente de plantão. E a outra é a questão econômica, o salário não é atraente para um psiquiatra, mas que nada por isso, talvez prefiram ir a outros lugares, onde ganham melhor e trabalham melhor (E. 26).³⁴

Observam-se a insuficiência ou fechamento de espaços devido às más condições de trabalho dos profissionais, sobrecarregados de trabalho e com remuneração inadequada. A falta de recursos financeiros também dificulta o desenvolvimento de melhorias nos espaços físicos, investimentos na infraestrutura ou fortalecimento de atividades de saúde mental no nível primário.

A habilitação das condições necessárias para a efetivação desse modelo também se reflete na necessidade de dados epidemiológicos³⁵ que permitam um diagnóstico da situação da saúde mental no país, a fim de alocar, com base às reais necessidades, os escassos recursos destinados à saúde mental. É possível pensar, então, que as condições materiais para a efetivação de tudo aquilo proposto em leis e regulamentações não estiveram, até o momento, suficientemente possibilitadas.

O investimento do governo federal foi escasso e, em muitas ocasiões, parece ter recebido um destino errado, sustentando um modelo que tem demonstrado ser não só menos eficiente e oneroso, senão também contrário às premissas da reforma. Ou seja, ainda há opções pela manutenção de hospitais monovalentes, de práticas de medicalização, com internações prolongadas, etc.; em detrimento de estratégias comunitárias. Isso sob a avaliação de atores que atuam em experiências bem-sucedidas em relação às demais unidades da federação, como em Río Negro.

As resistências e dificuldades tem a ver com a falta de decisões transparentes, firmes e sustentadas na direção de construção de serviços comunitários e de supervisão e incentivo às mudanças; como apontado por um dos entrevistados:

³⁴ No original: “(...) imagine lo que es estar 72 horas, permanentemente de guardia. Y la otra es la cuestión económica, no es el sueldo algo tentativo para un psiquiatra, más que nada pasa eso, por ahí prefieren ir a otros lados donde ganan mejor, trabajan mejor.” (Tradução nossa, 2022).

³⁵ A ausência de dados epidemiológicos é um problema a ser destacado na Argentina; dentre os poucos (e insuficientes) dados existentes, encontra-se o censo de saúde mental feito em 2019.

Faltam dispositivos de inclusão, faltam dispositivos intermediários, faltam casas de meio-caminho e dispositivos de inclusão laboral; e por outro lado temos hospitais psiquiátricos fortalecidos a partir do orçamento, do número de profissionais, é neles que estão os psicofármacos, ainda são neles as residências; não podemos esperar que mais psiquiatras comunitários apareçam se suas residências ainda são feitas em um hospital psiquiátrico (E. 3).³⁶

O panorama é ainda mais ríspido ao considerar as adversidades trazidas pela pandemia; um dos atores refere:

(...) com a pandemia, o que aconteceu foi o desmantelamento de todo do sistema de atenção primária, e avançou uma abordagem biomédica, assistencial e eu poderia até dizer-lhe punitivo. Em outras palavras, os e as agentes de saúde, que geralmente recorriam o bairro. Eles podem não concordar com isso, mas eles pararam de fazer esse trabalho, começaram a vacinar contra a COVID ou fazer trabalhos administrativos. E os médicos e as médicas da atenção primária deixaram de fazer tarefas de promoção da saúde para manter a atenção no hospital (E. 34).³⁷

3.3.7 Olhares para o futuro da saúde mental na Argentina

A Argentina passou por mudanças em matéria de políticas públicas de saúde mental. Entretanto, as estruturas legais, formativas e econômicas não favoreceram traduzir as normas em grandes mudanças nas práticas profissionais e no desenvolvimento de serviços.

Quando consideradas as expectativas para o futuro, é possível ver um longo caminho ainda a ser percorrido, e a necessidade de sustento da luta antimanicomial, no alerta constante para evitar retrocessos, e no embate permanente para aprofundar os avanços.

O que falta é gerar advocacia para que os hospitais sejam descentralizados, descentralizar a atenção e, então, que a prevenção seja reforçada. Isso não foi alcançado plenamente, falta uma política pública de apoio, que não é o mesmo que uma política de assistência ou de assistentes de saúde; é uma política pública de apoio que a pessoa possa acessar a, desde fazer um trâmite, fazer uma consulta, fazer uma consulta trabalhista, uma consulta jurídica, para poder tomar uma decisão, que alguém lhe dê um assessoramento, lhe explique, que seja uma pessoa confiável, para gerar

³⁶ No original: “Faltan dispositivos de inclusión, dispositivos intermedios, faltan casas de medio camino y faltan dispositivos de inclusión laboral, y por otro lado tenemos los hospitales psiquiátricos fortalecidos desde lo presupuestario, desde la cantidad de profesionales, ahí están los psicofármacos, ahí siguen estando las residencias; no podemos esperar que aparezcan más psiquiatras comunitarios si sus residencias las hacen en un hospital psiquiátrico.” (Tradução nossa, 2022).

³⁷ No original: “(...) con la pandemia, lo que ha pasado es que se desmanteló todo el sistema de atención primaria, y avanzó un enfoque biomédico, asistencial y hasta te podría decir punitivo. O sea, los y las agentes sanitarios, que tenían que recorrer el barrio, pueden no estar de acuerdo con eso, pero dejaron de hacer ese laburo y empezaron a vacunar contra el COVID o a hacer tarea administrativa. Los y las médicas de atención primaria dejaron de hacer tareas promocionales de la salud para sostener la atención en el hospital.” (Tradução nossa, 2022).

casas de convivência, grupos de pares, pessoas, como eu digo, em pé, não vencidas pelo hospitalismo e medicalização (E. 10).³⁸

Assim, na Argentina, mesmo em experiências reconhecidas, delineia-se um cenário de avanços lentos e dificuldades. Numa leitura horizontal dos dados recolhidos, é possível perceber a permanência do modelo manicomial ainda infiltrado em muitos níveis do atual panorama da saúde no país. Assim, o ponto central das percepções dos entrevistados e das entrevistadas remete a avanços lentos e a um grande caminho ainda por ser percorrido.

Acreditamos, porém, que o olhar crítico em relação ao contexto atual não justifica desvalorizar as iniciativas e ações desenvolvidas nos últimos ano

³⁸ No original: “Lo faltante es generar la incidencia para que se descentralicen los hospitales, se descentralice la atención y entonces se fortalezca la prevención. Esto no se ha logrado de manera plena, falta una política pública de apoyos, que no es lo mismo que una política de cuidados o de asistentes sanitarios; es una política pública de apoyo que la persona pueda acceder desde hacer un trámite, hacer una consulta ,hacer una consulta laboral, una consulta jurídica, a poder tomar una decisión, que alguien le de un asesoramiento, le explique, que sea de confianza a la persona, a generar casas convivenciales, grupos de pares, gente, como te digo, de pie, no doblada por el hospitalismo y la medicalización.” (Tradução nossa, 2022).

4 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

4.1 A trajetória da política pública de saúde mental no Brasil

O contexto brasileiro de construção da política de saúde mental, em consonância com um modelo antimanicomial, surgiu a partir da década de 1970, percorrendo caminhos tensionados entre projetos de políticas e de governos distintos até a atualidade. É necessário transitar esse caminho para entender os avanços e retrocessos que marcam a reforma psiquiátrica no Brasil.

4.1.1 Período ditatorial (1964 - 1985) e redemocratização do Brasil (1985)

No Brasil, o movimento questionador do modelo psiquiátrico tradicional, isto é, que contesta o isolamento, exclusão e estigma de pessoas com sofrimentos mentais, surgiu no período da Ditadura Militar (1964 - 1985), especificamente na segunda metade dos anos de 1970.

O período da ditadura brasileira foi marcado, conforme Bravo (2006), pela combinação entre repressão e assistência nas ações do Estado brasileiro. Registra-se a ampliação de políticas assistenciais, processos de burocratização e modernização do aparelho estatal. Buscava-se aumentar o controle da sociedade, reduzir as tensões sociais, legitimar o regime militar e garantir a acumulação capitalista. Na saúde pública houve um declínio de sua importância, em contraponto à expansão da medicina previdenciária, com o crescimento do mercado privado da saúde.

Amarante (2020) caracteriza a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) como um movimento político e processo social complexo formado por vários atores sociais (estudantes, profissionais, usuários e movimentos sociais), os quais buscavam explicitamente um deslocamento do lugar oferecido à pessoa com sofrimento psíquico. O cuidado não deveria estar centrado no hospital, mas sim, no território, junto à comunidade e atores sociais importantes na vida da pessoa (família, amigos, trabalho e outras instituições). A partir de uma nova dinâmica de cuidado e de atenção integral, elevava-se a importância da autonomia dos sujeitos. Isso significa uma proposta de mudança na cultura e nas relações sociais, combatendo crenças estigmatizantes e preconceituosas. Além da crítica ao mercado da loucura, com a rentabilidade dos hospitais psiquiátricos privados às custas do processo de sofrimento mental.

A recuperação democrática brasileira, desde 1985, veio acompanhada do fortalecimento da discussão sobre direito à saúde na sociedade, com os debates saindo de fóruns específicos (Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, Centro Brasileiro de Estudos e Pesquisas na Saúde - CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) para entidades que representavam a população (associação de moradores, sindicatos, partidos políticos, associações profissionais etc.), exigindo uma Reforma Sanitária no Brasil (Bravo, 2006). Como expressado por um dos entrevistados, “(...) historicamente o Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária nasceu posteriormente ao Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, mas só com a implantação do SUS, a reforma psiquiátrica poderá acontecer na prática.” (E. 8).

Em 1987, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que promovia a defesa dos direitos dos trabalhadores da área e realizava denúncias das condições de trabalho e situações de violações de direitos humanos dos pacientes, identificou-se como movimento social e se utilizou do lema “por uma sociedade sem manicômios” para demonstrar uma luta por mudanças no campo da saúde mental e da sociedade em geral. Nesse mesmo ano, foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), denominado de Luís da Rocha Cerqueira. Estabelecido na cidade de São Paulo, esse serviço foi considerado a primeira iniciativa de serviço para desinstitucionalização de usuários do hospital psiquiátrico (Amarante, 2020).

Aliado a isso, o movimento sanitário impulsionou a defesa da saúde como direito de todos os brasileiros e dever do Estado, com a necessidade de incorporação dos princípios do movimento na Constituição de 1988. Esse processo não foi algo fácil, já que as discussões se tornaram espaços de arena política, em conflito com as entidades privadas e multinacionais, como a Federação Brasileira de Hospitais e Associação de Indústrias Farmacêuticas, que se viam prejudicadas pelas demandas apresentadas pelo movimento. Entretanto, por conta do desenvolvimento de um projeto de política de saúde consistente e a pressão popular, muitas reivindicações foram atendidas pelo movimento de melhorias na saúde (Bravo, 2006).

De acordo com Machado, Lima e Baptista (2017), o Brasil foi o primeiro país capitalista da América Latina a ter implantado um sistema de saúde universal naquela década, inserido em uma concepção ampla de Seguridade Social, juntamente com as políticas de previdência e assistência social.

Após a promulgação da Constituição de 1988, na cidade de Santos, em 1989, foi possível a intervenção na Casa de Saúde Anchieta (hospital privado e conveniado ao SUS) por denúncias de violências e mortes, e posterior criação de uma rede substitutiva na cidade, com destaque para o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). A experiência gerou repercussão em

todo o país, o que culminou, em outubro do mesmo ano, na apresentação do Projeto de Lei (PL 3657) do deputado Paulo Delgado, que preconizava a extinção progressiva dos manicômios e substituição por outros serviços da saúde mental, tramitando por doze anos até sua aprovação com o estabelecimento de um modelo substitutivo (Amarante, 2020).

4.1.2 O modelo neoliberal no Brasil (1990-2003)

Apesar de a Constituição de 1988 ter tido avanços, Bravo (2006) afirma que ainda permaneceram impasses para a implementação das reformas, com tensões das entidades privadas do mercado da saúde. Nos anos de 1990, ocorreu um redirecionamento do Estado na perspectiva neoliberal. Defendia-se para o Estado a superação do modelo burocrático por um modelo gerencial (descentralizado, eficiente, redutor de custos e produtivo). Ganharam espaço as ideias sobre um Estado regulador das atividades e não mais produtor direto. Ao setor privado deveriam ser transferidas algumas responsabilidades, reduzindo o papel do setor público nas políticas governamentais.

Esse redirecionamento neoliberal do Estado, nos governos Collor (1990-1992), Itamar Franco (1992-1994) e de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) foi responsável pela diminuição nos direitos sociais e trabalhistas, aumento do desemprego, precarização das condições de trabalho, desmonte da previdência social e sucateamento da saúde e educação (Bravo, 2006; Paim, 2013).

Apesar do contexto adverso, aprovou-se normas fundamentais para o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei Orgânica da Saúde, composta pela Lei 8.080/1990 e a Lei 8.142/1990, foi instrumento decisivo para definir avanços na premissa da saúde ser um direito fundamental, universal, onde o Estado é responsável pela formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, propondo a participação da comunidade na gestão do SUS.

Nessa mesma década, a política de saúde mental teve avanços em nível federal, com as Portarias 189/1991 e 224/1992, lançadas no âmbito do Ministério da Saúde, que regulamentaram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NASF) no Brasil. Esses serviços de base local foram concebidos para terem uma população adscrita e atuarem como intermediários. Isto é, entre o atendimento ambulatorial e hospitalar, mas sem uma perspectiva ainda de serviços substitutivos ao modelo hospitalar (Amarante,

2020). Um dos gestores entrevistados destaca essa particularidade da história brasileira da seguinte maneira:

[...] certamente a reforma psiquiátrica no mundo ela ganhou impulso por governos progressistas, de esquerda. E quem sabe do Brasil, ele tem uma história controversa, porque quem dá o pontapé inicial para os CAPS é o governo do PSDB, Fernando Henrique Cardoso e José Serra, que são socialdemocratas. É até interessante pensar que os CAPS eram mais econômicos do que o manicômio, era tão caro o manicômio, eram tão caros os psiquiatras, que acharam que era corte de gastos fazer CAPS. Então pensando nesse lado pragmático faz sentido um governo socialdemocrata, liberal brasileiro, liberalista, ter dado o pontapé inicial dos CAPS (E. 19).

Nesse momento é válido recordar que, na década de 1990, já existiam iniciativas estaduais propondo a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, a garantia dos direitos das pessoas com sofrimentos mentais e a notificação de internação psiquiátrica involuntária (BRASIL, 2001). De forma mais específica, registrava-se oito leis estaduais: Rio Grande do Sul (Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992), Espírito Santo (Lei nº 5.267, de 7 de agosto de 1992), Ceará (Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993), Pernambuco (Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994), Rio Grande do Norte (Lei nº 6.758, de 4 de janeiro de 1995), Minas Gerais (Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995), Paraná (Lei nº 11.189, de 9 de novembro de 1995) e Distrito Federal (Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995).

Um dos grandes logros do movimento de RPB pela mudança na política de saúde mental foi a sanção, no ano de 2001, da Lei nº 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira), oriunda do Projeto de Lei de Paulo Delgado. As principais diretrizes dessa normativa estão alinhadas com os documentos internacionais que regem os padrões de tratamento dos sofrimentos mentais, visando o atendimento universal e interdisciplinar, respeito aos direitos humanos, com uma infinidade de técnicas utilizadas e com ênfase na participação social, mas retirou da normativa o conteúdo sobre a obrigatoriedade da extinção progressiva dos manicômios.

A lei de reforma psiquiátrica brasileira proíbe as internações em hospitais com características asilares, ao mesmo tempo em que luta por um tratamento digno e de qualidade, evitando qualquer forma de discriminação e sempre focando o tratamento na inserção das pessoas na família e na comunidade, dando um lugar central de participação na abordagem dos sofrimentos mentais (Brasil, 2001).

A criação de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico e a redução progressiva e programada de leitos em hospitais psiquiátricos foram as principais características da política oficial de governo entre fins dos anos 90 e início do novo século (Almeida Filho *et. al.* 2015).

4.1.3 Governos de centro-esquerda no Brasil (2002-2016)

O governo inaugurado pelo Partido dos Trabalhadores (PT) em 2003, com apoio de partidos de esquerda e partidos menores, ligou-se a uma perspectiva do liberalismo social, com investimento em políticas sociais e expansão de serviços do SUS e da política de saúde mental, em contrapartida ao permanente desenvolvimento do setor privado de saúde (Paim, 2013).

Existia uma expectativa de que o governo Lula (2003-2011) fortalecesse o projeto de reforma sanitária brasileira, entretanto, permaneceu-se a contradição entre os dois projetos de saúde, o sanitarista e o de mercado. No que se refere aos avanços das políticas de saúde, a partir do governo Lula, pode-se elencar a escolha de atores envolvidos com a Reforma Sanitária para fazer parte do Ministério da Saúde, investimento em formação de recursos humanos para a saúde, unificação de ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar e fortalecimento do controle social. Entretanto, houve a permanência de um modelo focalizado de serviços à população mais pobre e desfragmentação da política de Seguridade Social (Bravo, 2006).

Esse foi um período de expansão de legislações na política de saúde mental. Como exemplo, a Portaria 336 de 2002 instituiu as diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Dessa forma, os CAPS se conformam como o dispositivo estratégico da rede de atenção à saúde mental, constituindo espaços substitutivos à internação e redirecionando à atenção a outros pontos da rede, com articulação do cuidado e enfoque comunitário (Brasil, 2002).

Além dos CAPS, também foram instituídos os SRT (Serviços residenciais terapêuticos), como moradias para egressos de longas internações com vínculos familiares e comunitários rompidos e para desospitalização e reinserção social (Portaria 1.220/2000 e complementada pela Portaria nº 3.090/2011) e foi definido o direcionamento do modelo assistencial em saúde mental por meio da Estratégia de Atenção Psicossocial (EAP) e a avaliação constante dos hospitais psiquiátricos, por meio do Programa de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), que visa vistoriar a totalidade de hospitais psiquiátricos e leitos em unidades psiquiátricas com o objetivo de adequá-los às exigências mínimas de qualidade (Almeida Filho *et al.*, 2015).

Após a aprovação da Lei da RPB, sucederam-se muitas outras normas que apontavam o fortalecimento do modelo antimanicomial. Nessa direção, alguns exemplos são: a Portaria nº 2.391/2002, que regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias,

a Lei nº 10.708/2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de sofrimentos psíquicos egressos de longas internações, a Portaria 1.028/2005, que determina ações de redução de danos sociais e de saúde decorrentes do uso de substâncias, e o Decreto nº 7.179/2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

As portarias 52/2004 e GM/MS 2644/2009 incentivaram a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, a partir de estímulo financeiro para isso. No período de 2002 a 2015 foram reduzidos 25.405 leitos de hospitais psiquiátricos e expandiu-se o número de CAPS no país (de 840 em 2006 para 2.209 em 2014), entre outros serviços substitutivos, conforme boletins do Ministério da Saúde (Brasil, 2015).

Destaca-se também que, em 2007, foi criada a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), a partir da demanda de uma instituição específica que pudesse reunir os atores sociais e trabalhos acadêmicos, mas também por pessoas ligadas aos serviços (profissionais, usuários, familiares) e para quem tivesse interesse pela temática. A ABRASME começou a realizar Congressos de Saúde Mental e Fóruns de Direitos Humanos e Saúde Mental, com intervenções culturais e artísticas, estímulo à divulgação de iniciativas de trabalho e renda, educação popular e utilização de práticas integrativas e complementares de saúde - PICS (Amarante, 2020).

Em 2011, por meio da Portaria Nº 3.088, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com o objetivo de oferecer atenção através de uma rede ampliada e articulada de serviços do SUS ao público da saúde mental. A RAPS é composta por vários serviços de saúde e assistência social, dentre eles: Unidade Básica de Saúde; Estratégias de Saúde da Família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF; Equipe de Consultório na Rua; Centros de Convivência; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas); Pronto Socorro; leitos em hospitais gerais, Unidades de Acolhimento (UA), Estratégias de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial (Camargo; Preuss, 2017).

Apesar da Portaria 3.088/2011 ter sido relevante para instituir uma rede de atenção à saúde mental, incluindo pessoas com usos problemáticos de substâncias psicoativas, ela incluiu as Comunidades Terapêuticas (CT), que são criticadas no campo acadêmico e político, como instituições que se utilizam de aspectos religiosos e moralizantes para lidar com a questão das drogas, visando a abstinência (Amarante, 2020).

Dando continuidade, Machado, Lima e Baptista (2017) definem que, no governo Dilma Rousseff (2011 - 2016), mais dificuldades de seguir com a estratégia social-

desenvolvimentista foram percebidas. Naquele momento, ampliaram-se as pressões para contenção de gastos sociais, em meio à crise econômica internacional. A situação foi agravada por denúncias de corrupção em empresas estatais e de atores do governo e Congresso Nacional e a diminuição da aprovação popular. Mas na saúde foi possível permanecer com planos prioritários do governo Lula (Saúde Bucal, Farmácia Popular, SAMU, expansão de UPAs; expansão do Programa Mais Médicos, com o estímulo de inserção de médicos em locais distantes e com escassez desses profissionais, expansão de cursos de Medicina e bolsas de estudos em residências etc.).

Em relação aos instrumentos legais da política de saúde mental no governo Dilma, ressalta-se a Portaria nº 121/2012, que instituiu as Unidades de Acolhimento (UA) como residências de caráter transitório para adultos e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, decorrentes do uso de substâncias psicoativas; e a portaria 130/2012, que redefine o CAPS tipo III (funcionamento de leitos de acolhimento 24 horas) e incentivos financeiros.

Entretanto, o retrocesso da política de saúde mental já dava sinais; Machado, Lima e Baptista (2017) e Pitta e Guljor (2019) destacam que, em 2015, houve o protesto de grupos e entidades ligadas ao Movimento da Luta Antimanicomial, pela indicação do ex-diretor do maior Hospital Psiquiátrico do Brasil (fechado após várias denúncias), Valencius Wurch Duarte Filho, para o cargo de Coordenador Nacional de Saúde Mental pelo Ministério da Saúde. Por conta da pressão de movimentos sociais, a favor da Reforma Psiquiátrica, o mesmo foi deposto em 2016.

Pitta e Guljor (2019, p.10) complementam que o cargo na Coordenação Nacional de Saúde Mental ficou desocupado por nove meses e a “maré de direitização das políticas de contrarreforma” continuou com a indicação de um representante da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que já foi uma grande aliada da RPB, mas que atualmente apresenta ações que vão contra o movimento.

Na atualidade, as novas políticas de saúde mental estão sendo lidas à luz de um retrocesso nos logros alcançados pelo Movimento da RPB e pela Lei da RPB, representando o que se conhece como a contrarreforma na política de saúde mental.

4.1.4 Governos da nova direita no Brasil (2016-2020)

A partir da saída da presidenta Dilma, em agosto de 2016, com o processo de *impeachment*, sob fortes questionamentos jurídicos de legitimidade e do fortalecimento de ideais conservadoras e liberais (Machado; Lima; Baptista, 2017), o vice-presidente Michel

Temer assumiu o mandato da Presidência do Brasil (2016-2018) e buscou implementar ações neoconservadoras e neoliberais, com redução de gastos públicos e de direitos sociais, com estímulo à expansão do setor privado de saúde e desmonte do Estado como provedor de bem estar social (Pereira, 2020).

Em 2016, a modificação do processo de geração de despesa e repasse de recursos do Governo Federal através da emenda constitucional (PEC 55) de congelamento de gastos por vinte anos alertou sobre novos cortes nas garantias gerais, mas com um impacto particularmente trágico na área da saúde. Na política de saúde, trouxe à tona a tentativa de desmonte do SUS e ataque aos direitos conquistados com a Constituição Federal de 1988, através das lutas do movimento da RSB, incluindo os avanços ocorridos na política de saúde mental com o movimento da RPB.

No ano de 2017, começou a se configurar no Ministério de Saúde uma “nova política de saúde mental” por meio da Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e da Portaria nº 3.588/2017, estabelecendo as (novas) diretrizes para o funcionamento da RAPS. Pereira (2020) afirma que essas novas diretrizes para gerir a política de saúde mental tiveram apoio da ABP, Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação de amigos e familiares de doentes mentais e do governo federal, de maneira verticalizada, sem levar em conta o debate com trabalhadores, movimentos sociais, entidades e pesquisadores da área.

Cruz, Gonçalves e Delgado, (2020) assinalam que as novas regras reformularam o desenho, o financiamento, a metodologia de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da RAPS, trazendo, por exemplo, o hospital psiquiátrico como parte integrante do cuidado na rede, além de apontar para um maior financiamento deste. Por isso, uma das principais questões, a destacar deste movimento de contrarreforma psiquiátrica, é o retorno aos hospitais psiquiátricos como recurso terapêutico relevante.

Pitta e Guljor (2019, p. 11) complementam que, desde 2017, as políticas e leis que vêm sendo construídas, para o que está sendo denominado como “nova política de saúde mental”, não consideram a participação social dos setores interessados da RPB. A rede ambulatorial torna-se como mera prescritora de medicamentos e guias de internação, e o orçamento público, que após a RPB, era direcionado aos equipamentos comunitários, retoma o investimento em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, fortalecendo práticas de isolamento social.

O governo Bolsonaro, iniciado em 2019, seguiu a mesma “tendência remanicomializadora” (Pereira, 2020, p.82), “que expressa ainda um projeto societário da extrema direita”.

No ano de 2019, com a publicação da Nota Técnica nº11 pelo Ministério da Saúde, é afirmado que as modificações que vinham acontecendo seriam para garantir o fortalecimento da RAPS, sob a afirmação de que "nenhum serviço substitui outro" (Brasil, 2019a, p.04). Cruz, Gonçalves e Delgado, (2020, p.11) expressam que essa nota marca a mudança de discurso e a aprovação de "novo modelo de saúde" pelo governo, agregando também, que a nota põe em dúvida “a efetividade do modelo em vigor até 2017 e a direção de uma política pautada no cuidado comunitário, afirma a necessidade de aumento do número de leitos psiquiátricos e repudia a ideia de fechar hospitais”.

No mesmo ano, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) sai do Ministério da Saúde para ficar sob a responsabilidade da articulação e coordenação do Ministério da Cidadania e do Ministério da Justiça e da Segurança Pública (Brasil, 2019b). A assinatura do Decreto 9.761/2019 colocou ênfase no financiamento de CTs, em uma abordagem proibicionista (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Pereira (2020) atribui a essa decisão um aspecto problemático, no entendimento que as CTs recebem inúmeras críticas e denúncias de violência, desrespeito, violação de direitos humanos com seus usuários e internação forçada, além de o Estado ter que investir no Terceiro Setor em detrimento da rede pública. Um dos gestores entrevistados se refere a esse ponto:

(...) essas leis, por exemplo, que foram detalhadas na nota técnica do Ministério da Saúde foi publicado em 04 de fevereiro de 2019, estabelecem as práticas manicomial, violam os direitos das pessoas em sofrimento mental e colocam fim à rede de atenção psicossocial, aniquilando a lógica do cuidado em liberdade (...) [E. 6].

Pitta e Guljor (2019) apontam também como aspectos problemáticos a citação de serviços de ambulatórios especializados, desconsiderando a cobertura pelas equipes de Atenção Primária, ações de matriciamento no território pelos NASF e dos próprios CAPS no âmbito do território. Além do fato de a única menção à saúde mental infanto-juvenil ter sido feita para tratar de internações psiquiátricas. Outro ponto, é o retorno da defesa para utilização da técnica de EletroConvulsoTerapia (ECT), sem considerar o histórico da utilização desta nos manicômios, e que só deveria ser utilizado em casos raros e graves, onde as intervenções de medicamentos e psicoterapias não lograram êxito. Entretanto, a utilização dela para eficácia e efeitos colaterais ainda é polêmico.

Muitas notas técnicas e cartas de repúdio foram lançadas por conselhos profissionais e organizações de defesa da saúde mental, como Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), dentre outras (Pereira, 2020).

As decisões atuais do governo, de retorno às práticas asilares e deslegitimação de espaços de participação social, geraram rechaço entre os atores sociais que lutam por estratégias antimanicomiais, representando um retrocesso do modelo de atenção baseado nos direitos humanos, além de vários aspectos que vão contra os princípios da Reforma Psiquiátrica. O Brasil, então, situa-se em um momento de desmonte das lutas conquistadas pela política de saúde mental, bem como, dos direitos sociais e da própria democracia, com a intensificação de tensões entre projetos de saúde mental distintos, necessitando de luta coletiva e popular para deter os avanços conservadores.

4.2 Redes e perfil dos gestores e gestoras da saúde mental no Brasil

Desde o ano de 1990, o Brasil organiza o sistema de saúde com uma forte ênfase na universalização do acesso à saúde, sob o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso gratuito e cobertura para a totalidade da população. Esse fato parece representar um impulso para o movimento pela reforma psiquiátrica e da saúde mental. Assim, a Reforma Sanitária Brasileira e a criação do SUS estão em consonância com as proposições da Reforma Psiquiátrica. Esta incorpora-se às lógicas fundamentais da universalidade do acesso, de equidade de atendimento às necessidades de pessoas com origem social heterogênea, de integralidade dos cuidados preventivos e assistenciais, de descentralização e hierarquização de redes de serviços com base comunitária (Sampaio Coelho; Guimarães Ximenes; Mesquita de Abreu, 2019).

Porém, a presença do SUS não tem evitado o desenvolvimento e avanço de espaços privados de atenção, que na atualidade convivem como sistemas paralelos de saúde. No âmbito específico da saúde mental, e particularmente dentro do sistema público e universal, desde o ano 2011, encontra-se regulado a partir da Portaria Nº 3.088, sob a denominação de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Entre os componentes da RAPS podem ser mencionados: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Além disso, a RAPS se encontra articulada com

outras instituições como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), ou os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), dentre outros.

Os CAPS, em particular, são postos-chave na concreção dos objetivos da reforma psiquiátrica brasileira, pois conformam centros extra hospitalares que evitam as hospitalizações, e tem um perfil comunitário de atenção ao sofrimento psíquico. Eles são descritos como:

Os CAPS se diferenciam em função de sua tipologia (CAPS, CAPS I e CAPS AD), relacionado ao seu público-alvo, e em relação ao seu porte (I, II, III, IV), relacionado ao recorte populacional de sua referência, suas diferenças, implicam em diferentes horários de funcionamento, composição da equipe e carga horária dos profissionais (Brasil, 2015).

A Rede de Saúde Mental no Ceará responde às normas e diretrizes da RAPS e fica dentro do marco maior do SUS, que funciona como ordenador e regulador da rede. No estado, os CAPS cobrem uma população estimada de 9.187.103 pessoas, num total de 140 CAPS, sendo eles: 70 CAPS I, 30 CAPS II, 04 CAPS III, 09 CAPS Infante-juvenil, 22 CAPS AD e 09 CAPS AD III.

Além desses serviços, em 2021, o Ceará contava com 04 SRT, 09 unidades de acolhimento (sendo 5 de adultos e 4 infantis) e de 552 leitos destinados ao atendimento em saúde mental (somando leitos em hospitais gerais habilitados pelo Ministério da Saúde e leitos SUS em hospitais psiquiátricos).

Em Fortaleza, os CAPS são organizados em seis Secretarias Executivas Regionais (SER); assim, a cidade possui 15 CAPS, 06 deles são CAPS geral, 07 CAPS AD e 02 CAPS infantil (Fortaleza, 2023). Porém, alguns deles, como o CAPS infantil, frente a falta de cobertura de outros CAPS infantis na área, recebe pacientes de três regionais, somando um aproximado de 1,4 milhão de pacientes, e 11 mil prontuários ativos.

Esse tipo de dado revela o desmonte do sistema, que ainda está longe da cobertura proposta, e da falta de investimento, em especial, aquele referido à atenção à saúde mental infantil, uma grande área esquecida dentro de um campo também esquecido, como é a saúde mental. Além dos Centros de Atenção Psicossocial, em Fortaleza existe o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, o único hospital monovalente do estado, apesar de ter outros hospitais monovalentes filantrópicos conveniados ao SUS (com leitos tanto destinados para o sistema público como privado), e também leitos em hospitais gerais.

Da mesma forma, o município de Quixadá conta com um CAPS Geral e um CAPS AD. Já em Iguatu, funciona um CAPS Geral de atenção 24 horas, um CAPS AD e um CAPS infantil. Em Canindé existem um CAPS Geral e um CAPS AD. O CAPS Geral de Canindé

possui, porém, algumas particularidades. Ele é de origem filantrópica, igualmente ao hospital da cidade, que se encontra conveniado com o Sistema Único de Saúde e com espaço de atenção e internação por motivos de saúde mental. Assim, as características de funcionamento e vínculos desses serviços ficam pouco claros entre os gestores tanto do CAPS Geral da cidade como do CAPS AD.

4.3 Mudanças nas políticas de saúde mental: o que dizem os gestores do Ceará?

Após uma trajetória de grandes passos dados na direção de uma atenção humanizada, o cenário da saúde mental brasileira se apresenta, num momento de retrocessos francos, ataques ao modelo desmanicomializador e resistência dos grupos apoiadores do modelo comunitário. A análise a seguir delinea um panorama atual de luta, onde os logros alcançados são colocados em questão novamente; enxerga-se, assim, um chamado à resistência e um reforço ao posicionamento antimanicomial.

4.3.1 Uma dívida pendente: a formação dos profissionais e condições de trabalho

Apesar das mudanças relevantes realizadas no Brasil nas últimas décadas, uma dívida parece ter ficado sempre pendente: aquela com os profissionais. A formação teórica e prática dos profissionais atuantes na rede, inclusive de gestores que desempenham papéis de liderança em CAPS sem formação específica para essa tarefa, não consegue resgatar completamente a história de luta no país.

Assim, ao mesmo tempo que houve avanços na formação teórica e práticas dos profissionais, participantes apontam a persistência de desafios na implementação do modelo psicossocial e de um olhar menos punitivista em relação às práticas de atenção em saúde mental. Referem-se, com frequência, à falta de uma perspectiva complexa, de diálogo intersetorial e interprofissional que deriva em tensões e atritos dentro das instituições.

Desse jeito, um dos gestores aponta:

Há um nó que a gente sabe que não é só aqui, que é uma questão, digamos da maioria dos países, que é a questão da formação dos profissionais, principalmente os meus colegas, os psiquiatras né? (...) você tem uma questão aí do modelo, isso não quer dizer que seja refletido nas cátedras psiquiátricas, cada vez são mais ligadas ao modelo hegemônico medicalizante, esse eu acho que é um nó importante (E.5).

Há coincidências nas opiniões da maior parte dos entrevistados quando se trata do ponto da formação dos profissionais, como evidencia o seguinte trecho:

A própria formação dos profissionais é um dos fatores extremamente importantes, nós temos hoje muitas pessoas atuando nos serviços de saúde mental substitutivos como se pretendia com o CAPS e outras instituições, que ainda não sabem precisamente que negócio é esse da reforma psiquiátrica, entendeu? Então assim, há uma carência de estudos de formação para que a própria pessoa, ela comece a se situar dentro do processo, a segunda dificuldade é que o trabalho interdisciplinar, ele não é um trabalho fácil (...) [E. 6]

Porém, a desatenção desse fator essencial para a colocação em ação de políticas, lei, decretos e regulamentações não têm a ver só com a formação; os salários são, com frequência, baixos frente a uma carga horária e demandas excessivas, a formação permanente ou ao trabalho interdisciplinar e a constante precariedade na qualidade das condições de contratação. Segundo refere uma das gestoras:

(...) se a gente fosse melhor estruturado, melhor capacitado, com profissionais com planos de cargos e carreiras, que isso motiva bastante, né? a capacitação profissional, uma remuneração digna; nós aqui não temos...o salário atual é o mesmo salário de 10 anos atrás, então isso vai também desmotivando os profissionais, a trabalhar de uma forma de qualidade (E. 20).

4.3.2 Mudanças nas percepções sociais e resistências

Apesar das dificuldades, o caminho trilhado pela reforma psiquiátrica se mantém graças à permanência de grupos de resistência, os mesmos que, algumas décadas atrás, promoveram a própria reforma; um dos entrevistados refere, por exemplo:

A reforma psiquiátrica está se mantendo e tá resistindo à tentativa de aniquilamento e de retorno ao modelo passado porque há uma significativa, uma bastante satisfatória presença dos movimentos sociais; hoje você tem nos Estados o Movimento pela Luta Antimanicomial, esse movimento se mantém, se reúne e discute (E.6).

Da mesma forma, uma das grandes consequências das políticas públicas de desmanicomialização no Brasil a serem destacadas é a mudança nas percepções sociais que, como na Argentina, facilitou o caminho da reforma em cidades pequenas e núcleos afastados da capital do Estado³⁹, onde a impregnação das ideias é mais profunda, criando um movimento que teve início no sertão e que vai desde o interior do Ceará, para a capital.

³⁹ O primeiro CAPS do Estado, é um dos primeiros do país, foi fundado na cidade de Iguatú. A continuação de aberturas manteve-se, também, no interior, em cidades como Quixadá e Canindé, só chegando algum tempo depois na capital cearense.

Porém, na última década se revela, no país, um movimento de contrarreforma. Os retrocessos ficam plasmados nas novas políticas públicas e nas regulamentações que as acompanham; dando passos permanentes, aproximadamente desde o ano 2015, na direção de um desmantelamento das RAPS e na reinclusão de abordagens desde uma lógica manicomial.

A respeito desses retrocessos, um dos gestores afirma:

(...) eu acho que as políticas fragilizaram muito tanto o nível local quanto os níveis municipais, estaduais, como em nível nacional fragilizaram os CAPS e a rede psicossocial, aí isso impactou negativamente, como falei, aumento de procura pela emergência, necessidade, aumento dessa distorção de paciente que não é preciso de emergência vem para cá, aumento de casos de crises graves porque o paciente realmente ficou sem remédio, e ficou sem atividade (...) [E. 13]

Revela-se, assim, novamente a pergunta a respeito dos recursos requeridos para a viabilização das políticas. Como conseguir um bom funcionamento? Como evitar que isso leve a críticas ao modelo em si e como desviar essas críticas a aquilo que não foi feito para o sucesso do modelo, num panorama de retorno a práticas manicomializadoras e a políticas públicas de exclusão que baseiam o seu discurso nas aparentes falhas do modelo comunitário?

4.3.3 Do interior para a capital

Em cidades com as dimensões da capital cearense, onde um CAPS infantil está obrigado a cobrir uma população de mais de dois milhões de pessoas, como se viabiliza uma abordagem comunitária e de qualidade? Sendo evidente que essas limitações se devem à ausência de apoios e recursos, à falta de decisões e ações de concretização das regulamentações sobre o funcionamento da RAPS; qual o movimento a ser feito para evitar que isso derive no avanço das novas políticas de retorno ao modelo asilar?

Uma das características da reforma no Ceará foi a interiorização, ou seja, avanços em uma proposta psicossocial de base territorial em diversos municípios do estado, enquanto a capital, Fortaleza, mostrou-se menos permeável à implementação de alternativas aos hospitais psiquiátricos. Somente em 1998 foi implantado o primeiro CAPS em Fortaleza, sendo apenas 14 equipamentos dessa natureza atualmente, a maioria instituídos no governo da prefeita Luizianne Lins, do Partido dos Trabalhadores (2005 a 2012). No Estado, de modo geral, os CAPS assumiram o caráter estratégico na reorientação do modelo de atenção à saúde mental, mediante uma expressiva expansão na década de 1990 e 2000. Mas o número de equipamentos não consegue atender a demanda de uma cidade com mais de dois milhões de habitantes.

4.3.4 Desafios de integração das RAPS

No Brasil, a estruturação da atenção à saúde mental através da RAPS, há uma década, representou uma inovação na atenção ofertada aos usuários do sistema. A extensão da rede se manteve nos primeiros anos e alcançou níveis satisfatórios de cobertura. A respeito da mudança no olhar à saúde mental que as políticas representaram nos serviços, um dos entrevistados relata:

(...) o avanço do acesso aos serviços públicos de saúde e os serviços conveniados, a formação das equipes multidisciplinares que hoje aborda o paciente mental de maneira multiprofissional com a presença e participação importante, significativa, necessária e imprescindível do psiquiatra, mas ele é parte da equipe, não é ele e a equipe a parte, mudou completamente (E. 6).

Porém, abre a reflexão a respeito da especificidade e integração do cuidado da saúde mental: o Brasil conta com uma rede e espaços específicos para consultas de saúde mental (os CAPS), que, embora conformem uma parte do SUS, realizam uma separação dessa área da saúde, que parece ter resultado na má articulação com outros espaços do sistema (relembrando a antiga separação cartesiana mente-corpo); dessa maneira, no Brasil, além das dificuldades de diálogo dentro da RAPS, destaca-se a comunicação entre a RAPS e o resto do sistema, especialmente com os espaços de Atenção Primária, atrapalhando uma visão integral do usuário. Assim é explicado por uma das gestoras:

(...) temos dificuldades com alguns médicos da região do Programa de Saúde da Família; um, porque eles não têm a compreensão de que é um paciente da rede, não é um paciente do CAPS; ainda tem essa visão de que se é paciente do CAPS, então tem que ficar no CAPS, não pode ser atendido porque é hipertenso, porque é diabético, não, "O médico do CAPS fez aquilo, fez outro". Sendo que nós temos um médico que exerce a função clínica, mas temos aqueles pacientes que necessitam mais...que deveria ser atendido no PSF pelas necessidades básicas. A dificuldade que eu percebo nesse momento é com relação a isso, eles encaminharem pessoas que vêm dos distritos para cá para uma consulta clínica, sendo que ele poderia exercer essa função, atender esse paciente desde a sua área para evitar esse deslocamento (E. 20).

Aliás, esse ponto pode ser exemplificado com a fala de outra das gestoras, a respeito de uma situação vivenciada no CAPS:

Aconteceu um caso aqui, o médico do posto sabia que a criança é acompanhada aqui, ele solicitava ECG; quando a mãe volta lá com o ECG, "Não, está no CAPS infantil". Ele não foi acompanhado lá. Aí, eu pego, faço uma cartinha: "Nós trabalhamos sim. O médico trabalha a parte da criança de transtornos mentais. Mas a parte clínica é responsabilidade do médico da unidade básica de saúde" (E. 24).

É possível pensar, então, na necessidade de integrar os serviços de saúde. Existem políticas públicas com enfoque comunitário e de direitos humanos. Foram regulamentados e

criados serviços de atenção psicossocial, mas a lógica ainda subjacente nas práticas de alguns profissionais fragmenta o cuidado, desresponsabilizando pelos sujeitos. Retoma-se, portanto, a necessidade de formação profissional de qualidade e com um novo olhar e práticas humanizadoras.

O problema da não integração entre os elementos do sistema combina-se com outro ponto de conflito que é a não recepção de situações leves de saúde mental nas unidades básicas de atenção. A dificuldade pode ser traduzida da seguinte maneira: os casos leves não são acompanhados nas unidades básicas de saúde, senão derivados (ao igual que qualquer situação vinculada à saúde mental) aos CAPS; surge, então, em um excesso de derivações, atrapalhando a possibilidade dos CAPS de darem resposta e prejudicando, principalmente, os usuários.

Os CAPS são porta de entrada ao SUS, sim. Mas é preciso olhar além: a saúde mental é parte integral da saúde dos usuários, a existência de serviços específicos para esse tipo de sofrimento não exime as unidades básicas de atenção do trabalho de promoção, prevenção e tratamento das situações descritas como leves. Não enxergar esse fato sobrecarrega a RAPS, impossibilitando-lhe de dar resposta adequada e atenção de qualidade.

A abordagem desse ponto, é dizer, o fato de que casos leves sejam acompanhados nas unidades básicas de saúde, evitaria a divisão mente-corpo que atualmente acontece e possibilita melhoras no funcionamento da RAPS, resguardando a rede da demanda excessiva e impossível de abordar. Parece existir, então, uma lacuna de desregulação no que diz respeito ao funcionamento do sistema. É dizer, à regulação dos vínculos e fluxos entre a RAPS e outros serviços do SUS, que são tidos como falhas da própria rede.

É claro, porém, que cada uma das dificuldades e limitações observadas não são de solução linear e simples, senão um complexo tecido de situações. Em muitas ocasiões, os profissionais relatam estar sobrecarregados de tarefas (inclusas nas unidades básicas), tornando impossível dar resposta, também, a problemas de saúde mental. Do mesmo jeito, profissionais tanto das RAPS como das unidades básicas e outros serviços, como consequência desse mesmo excesso, vem impossibilitado o tempo para o desenvolvimento de atividades de matriciamento e intercâmbios interdisciplinares. Finalmente, para o efetivo trabalho, os profissionais requerem ter tido uma formação que saliente e reforce os aspectos interdisciplinares do seu trabalho e a importância de um diálogo com outros profissionais, o que muitas vezes está ausente nos graus. Tal como refletido na fala de um dos gestores entrevistados:

(...) as outras coordenações já não querem liberar muito as equipes do PSF a vir para as reuniões, você já acaba tendo a dificuldade para ter o dia do matriciamento na

agenda deles, porque a gente está muito sobrecarregado e aí isso vai sufocando o processo, você vai (pausa) acaba meio que morrendo (...) [E. 28]

Esses fatores vêm-se agravando à luz do atual desmonte da própria rede; assim, o principal indicador de desmonte a que se referem os entrevistados (tanto para a RAPS como para o SUS em termos gerais) foi a Nota Técnica N°3, que redefine os parâmetros e o custeio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo papel é dar apoio à Estratégia de Saúde da Família, composta de uma equipe interdisciplinar.

Por outro lado, o desmonte de serviços psicossociais foi combinado com o apoio e incentivo a serviços e práticas com lógicas contrárias; assim, foi desenvolvida, além das Novas Políticas Públicas de Saúde Mental, a Nova Política Nacional sobre Drogas (Decreto 9.761/2019), refletindo no incentivo a espaços como por exemplo, as comunidades terapêuticas. Uma das gestoras sintetiza esses pontos da seguinte maneira:

Mas nesse governo que tá agora, eu percebi que teve um desmonte mesmo, da questão financeira, dos incentivos, da valorização profissional. Tudo isso é muito ruim. A questão de incentivar as políticas de saúde mental. Hoje eles falam muito das comunidades terapêuticas, que no meu ponto de vista não é bom. Pois você trabalha de uma forma que não tem uma equipe (E. 18).

Finalmente, é necessário destacar o agravamento da situação gerada pelo contexto de pandemia dos últimos anos; além dos embates previamente resistidos pela RAPS, recentemente se viu enfraquecida pela pandemia de COVID-19.

A pandemia agiu como debilitante da rede ao mesmo tempo em que aumentou a demanda por atenção à saúde mental, como consequência das vivências sofridas durante o período pandêmico e no contexto pós-pandemia (isolamento, incertezas a respeito do futuro, ameaça constante de morte, entre outros fatores). Assim, na atualidade a RAPS se encontra lidando com o incremento da demanda e com a exigência de readaptação ao novo cenário mundial (novas problemáticas, impossibilidade de abordagens grupais e limitação do trabalho em território).

O panorama da RAPS na atualidade é de mudança: incremento constante de demanda, mas redução progressiva do financiamento junto ao câmbio no foco das suas práticas terapêuticas.

4.3.5 O desfinanciamento da política

A principal característica da atuação vinculada ao financiamento nos últimos anos, e especificamente no período de início de desmonte da rede e implementação de novas políticas é, em princípio, a não atualização, e, portanto, o não acompanhamento a processos inflacionários, do investimento e a redução orçamentária vinculada a RAPS, traduzida no progressivo sufocamento da Rede, da sua qualidade e capacidade de resposta.

Seguindo a fala de uma das participantes:

(...) o financiamento ele também mexe muito. O CAPS hoje tem um financiamento que, talvez seja menor que o da implantação, quando ele iniciou, então fica muito difícil também se investir no serviço quando há essa redução no financiamento do sistema de saúde, isso também impacta e nós temos visto isso ao longo dos últimos anos, há uma queda muito grande nessa questão do financiamento também, isso impacta dentro dos serviços (E. 22).

Ainda sobre esse quesito, uma das gestoras entrevistadas expressa:

Eu não acredito que seja um desafio, mas eu acredito que o maior desafio que a gente enfrenta hoje é a falta de recursos, porque a gente não tem por exemplo, um espaço adequado, a gente não pode fornecer ainda ao usuário, por mais que a gente tente, um serviço mais humanizado, de ter um bom lugar para ficar, um bom lugar para sentar, um bom lugar apropriado pro atendimento, e que a questão das demandas ela é um ponto, mas o maior desafio...que não é só um problema do CAPS de Quixadá, vi que é uma realidade quase que unânime, é ver esses recursos (E. 21)

Outra circunstância a ser destacada nesse quesito é a inadequada coordenação entre o desinvestimento de hospitais monovalentes e o investimento na criação e desenvolvimento de serviços de base comunitária; assim, embora tenha sido reduzido o orçamento de manicômios, isso não foi acompanhado de um aumento em investimentos na rede comunitária, diminuindo, portanto, a qualidade do sistema todo, e prejudicando aos próprios usuários. Como apontado por um dos gestores entrevistados:

Há uma escassez de dispositivos desse tipo, que atende emergência, há escassez também de leitos em hospitais clínicos, para dar guarida às comorbidades, então há uma dificuldade estrutural crônica por conta do baixo investimento ao longo do tempo, por conta de ser um hospital psiquiátrico também o recurso do SUS é bem mais baixo, aí tem uma série de estigmas, uma série de dificuldades, os pacientes com transtorno mental em crise são pessoas bem vulneráveis (E. 13).

Porém, é preciso salientar que a escassez orçamentária não só afeta a criação e abertura de novos serviços, senão também a contratação de profissionais, derivando na falta deles ou em condições precárias de contratação. Volta-se, mais uma vez, à pergunta pelos argumentos da sustentação das Novas Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil: baseiam-se em uma verdadeira falha do modelo ou no aniquilamento lento dele?

4.3.6 Idas e vindas: ataques às conquistas

O panorama atual das políticas públicas de saúde mental no Brasil, no momento de realização dessa pesquisa, parece ser de autêntico retrocesso; trata-se da combinação de fatores (como o apoio político aos detratores do modelo psicossocial, o desinvestimento e o sufoco econômico e técnico) que derivam no enfraquecimento do modelo e na situação de constante ameaça do paradigma antimanicomial, aninhada à lógica gerencialista de gestão e contenção de recursos públicos para as políticas sociais. Dessa maneira explica um dos gestores entrevistados:

(...) o financiamento da atenção básica mudou, certo? Ele agora é feito a partir de metas, né? Pronto, você cumpre, eu acho que é uma meta de saúde mental, se eu não me engano, que nem é prioritária, ela é opcional; então tem meta para gestante, tem meta para diabético, tem meta para hipertenso, tem meta para tudo, mas você não encontra essa prioridade dentro dessa meta de saúde mental, então a gente percebe que é assim, o financiamento foi uma forma de sufocar e agora a gente está fazendo no sufocamento técnico mesmo, proposta técnica mesmo, de perceber que saúde mental não, esse modelo substitutivo não funciona (E. 28).

Assim, o ataque realizado por meio da criação de novas políticas de saúde, de novas perspectivas a respeito da saúde mental e abordagem do consumo de álcool e outras drogas, bem como do sufocamento e desmonte dos serviços existentes, desenha um cenário desalentador no Brasil; situação percebida como ameaça constante e instabilidade permanente pelos trabalhadores da RAPS. Desse jeito é expresso por uma das gestoras:

(...) de vez em quando, a gente tem uns sustos, né? Uns sustos assim de “ah, vai acabar tal, tal política, tal equipamento”, não vai ter mais como a gente foi surpreendido, recentemente com essa questão dos NASF que enfim, o município é que ele agora quem decide se continua ou não, e aí a maioria dos municípios acabaram optando por tirar os profissionais da Atenção Primária e colocar em outros equipamentos e aí assim, a gente fica, né? Fica mexida com essas situações também, parece aquela coisa assim que você dá passos para frente e regride um pouco também, né? A gente tem que lidar com essas (pausa) Entrevistadora: Idas e vindas. Entrevistada: É (E. 33)

Esse lento processo de ataque ao modelo de saúde mental comunitário incide em um processo de desacreditar na mudança, dando elementos para argumentos favoráveis ao retorno de um modelo centrado nos hospitais psiquiátricos, na abstinência e em outras práticas excludentes. Um dos gestores explica este ponto:

A gente já via que a saúde mental estava sendo cada vez mais deixada (pausa) literalmente de lado mesmo, sabe? Literalmente deixada de lado, meio que eu não sei se é (pausa) eu acho que é desacreditada, eu não sei como definir isso, então aí, você começou a desobrigar o PSF de fazer isso, aí depois você reviu a Política Nacional da Atenção Básica, aí mais recentemente a gente reviu, o Ministério da Saúde reviu

a própria prática da saúde mental para dependência química, a gente teve uma mudança de paradigma: deixa de trabalhar com a redução de danos para trabalhar com incentivo à abstinência, a política sobre drogas saí do Ministério da Saúde e vai para o Ministério da Cidadania, então é (pausa) é muito antagônico ao que tinha (E. 28).

5 MUDANÇAS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL: ASPECTOS COMPARATIVOS ENTRE A ARGENTINA E O BRASIL

Esse capítulo busca aprofundar a questão da saúde na Argentina e no Brasil, aproximando-se, progressivamente, à compreensão da constituição das políticas de saúde mental atuais a partir dos resultados da pesquisa já assinalados em seções anteriores.

5.1 Sobre aspectos político-institucionais dos países

Neste estudo procurou-se apresentar uma reconstrução da trajetória das políticas públicas em saúde mental nos dois países, visando aprofundar a questão na Argentina e no Brasil, aproximando-se, progressivamente, da compreensão das políticas de saúde mental atuais. Dessa forma, pretende-se agora fazer um "ponto a ponto" na relação entre os sistemas argentino e brasileiro, entendendo, entretanto, que uma equivalência entre nações não pode ser forçada, pois sempre há focos de incomensurabilidade.

Os dois países apresentam características semelhantes enquanto repúblicas presidencialistas que exercem papéis de destaque no bloco do continente sul-americano, com formação histórico-social e organização do Estado semelhante (Menicucci, 2017), inclusive espelhando políticas de proteção social ancoradas no corporativismo (Araújo, 2020). Além disso, as duas federações têm economias dependentes e apoiadas na exportação de produtos primários (agropecuários e minerais), são relativamente industrializados, têm uma estrutura social profundamente desigual e trajetórias políticas e econômicas similares (Soares; Machado, 2016). Ademais, Soares e Machado (2016) destacam que neles há formulação e coordenação de política centrada no nível nacional de governo.

No entanto, existem algumas variações entre Argentina e Brasil. Só por mencionar uma delas, as decisões sobre gastos e distribuição de renda no Brasil são muito mais descentralizadas e menos dependentes de decisões federais do que na Argentina. Apesar disso, o Brasil possui melhores condições federativas para a produção de políticas sociais mais duradouras, universais e equitativas, fato que na Argentina é dificultado pelo alto poder dos governadores no nível legislativo, gerando pouca certeza em relação aos beneficiários dos recursos e sua distribuição (Soares; Machado, 2016).

Por outro lado, o estabelecimento regulado de despesas no Brasil gera maior rigidez nas transferências para as unidades subnacionais. A ausência dessa regulação na Argentina traz a possibilidade de adequação dos repasses às necessidades de cada subunidade.

Como apontado por Menicucci (2017) essa maior liberdade decisória concedida às províncias no sistema legislativo argentino deriva em mais desigualdades e heterogeneidade nos serviços de saúde prestados, devido à autonomia das províncias e à baixa capacidade regulatória do poder central no país. Pelo contrário, no Brasil, embora a existência de um governo central forte e uma descentralização na área da saúde para os municípios na execução das políticas públicas de saúde, o governo nacional brasileiro possui maior capacidade de coordenação e regulamentação, conseguindo assim um sistema mais homogêneo e coeso.

Tanto no Brasil quanto na Argentina as políticas iniciais de proteção social foram estabelecidas com o objetivo de reduzir as desigualdades entre os cidadãos após a emergência de governos de centro-esquerda nos anos 2000. Em ambos os países, observou-se um aumento dos gastos, programas e políticas que visavam reduzir a pobreza e a desigualdade e promover o desenvolvimento humano nos governos do Partido dos Trabalhadores brasileiro (2010 a 2016) e governo Kirchnerista na Argentina (2003 a 2015) (Stolkiner, 2010; Machado, 2018). Isso se encontrou alinhado ao panorama político maior latino-americano, relacionado à eleição de governos com orientações para a esquerda e que foi intitulado como “onda rosa” (Sátyro *et al.*, 2015).

Esse último período é descrito como de recuperação da intervenção do Estado e de desenvolvimento de políticas voltadas aos mais vulneráveis. Exemplos disso são os programas Bolsa Família, no Brasil, instituído em outubro de 2003, mediante a Medida Provisória 132, convertida na Lei 10.836/2004 (BRASIL, 2004), e a *Asignación Universal por Hijo*, implementada na Argentina, em 2009, mediante o Decreto 1.602/09 (Argentina, 2009b). Nesta última soma-se o plano *Jefes y Jefas de Hogar Desempleados*, no âmbito laboral e FinEs no contexto educativo (Danani, 2013). Essas medidas se voltaram para o combate à fome e à pobreza (Marques, 2012).

5.2 Sobre os Sistemas de Saúde

É possível dizer que os países estudados fornecem acesso gratuito à saúde de seus cidadãos (Belló; Becerril-Montekio, 2011; Camargo; Preuss, 2017). Porém, a saúde é um direito constitucionalizado no Brasil, mas não na Argentina. Embora os dois países forneçam cobertura

universal de saúde a todos os cidadãos, a Argentina o faz por meio de um subsistema público franziño em relação aos demais subsistemas.

Na Argentina, o direito à saúde é garantido por documentos internacionais, aos que possuem hierarquia constitucional. Ou seja, são tratados com o mesmo valor que o conteúdo que conforma a Constituição nacional. Dentre eles, a Declaração dos Direitos Humanos, que declara no seu artigo nº25:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (Assembleia Geral da ONU, 1984).

A Constituição Argentina é bastante breve no que diz respeito à saúde. Apenas o seu artigo 42 trata da saúde, quando afirma que “os consumidores e usuários de bens e serviços tem direito, na relação de consumo, à proteção da saúde, segurança e interesses econômicos; a uma informação adequada e veraz; à liberdade de eleição, e a condições de trato equitativo e digno⁴⁰” (Argentina, 1994, p. 8. Tradução nossa).

Na prática, o Sistema de Saúde da República Argentina é um sistema misto composto por três subsistemas: o subsetor público, o subsetor da segurança social (obras sociais e o *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP)* e o subsetor privado. Eles possuem diferentes fontes de financiamento e recursos, abrangendo diferentes grupos da população.

O subsetor da segurança social é obrigatório para pessoas em situação formal de trabalho, e constituído como um serviço de proteção ao trabalhador assalariado e seus familiares diretos, financiado por contribuições do empregado e do empregador, composto pelas chamadas *Obras Sociales*, que conformam planos de saúde de características diversas: seja de cobertura total ou parcial, em clínicas próprias ou de terceiros, variando de acordo com o plano e a categoria.

Já o subsetor privado é constituído por um conjunto de empresas com fins lucrativos, que obtêm financiamento por meio da contribuição voluntária dos seus usuários. De forma similar ao subsetor da previdência social, oferece cobertura total ou parcial de acordo com o plano ou modalidade contratada, atendendo exclusivamente em consultórios próprios.

⁴⁰ No original: “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno”. (Argentina, 1994, p. 8. Tradução nossa).

Por fim, o subsistema público é regulado pelo Estado por meio do Ministério da Saúde e obtém seus recursos do sistema tributário argentino. Organizado nas esferas nacional, provincial e municipal, oferece atendimento gratuito por meio de hospitais públicos e Centros de Atenção Primária à Saúde (CAPS) a toda a população. Esse subsistema oferece cobertura total e gratuita em hospitais públicos e centros de saúde, porém tem caráter residual. A população que costuma recorrer a este setor é aquela que não tem a cobertura dos outros dois setores (Acuña; Chudnovsky, 2002). Estima-se que, apesar de uma cobertura de 100% dos habitantes, o subsistema público assiste apenas a 30% da população (Menicucci, 2017). A heterogeneidade, segmentação e desarticulação entre esses setores é uma das principais características do sistema de saúde argentino (Arce, 2012).

O Brasil possui um sistema unificado de saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS) (Menicucci, 2017). Contudo, ele também é acompanhado por outros subsetores, conformando assim uma rede complexa de fornecedores de serviços que combina oferta pública e privada (Paim *et al.*, 2011), bem como um setor de planos e seguros de saúde que atende cerca de um quarto da população.

No Brasil, o acesso à saúde está garantido pela Constituição elaborada no ano 1988, que aponta no seu artigo nº196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988).

E regulamentado, no ano 1990, pela Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142, conformando a Lei Orgânica da Saúde:

Art. 2: A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
 § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1990a).

Segundo explicam Paim *et al.* (2011, p. 1785):

O sistema de saúde possui três subsetores: o subsetor público (SUS), no qual os serviços são financiados e prestados pelo estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços militares de saúde; o subsetor privado (com e sem fins lucrativos), no qual os serviços são financiados de várias formas com recursos públicos ou privados; e o subsetor de seguros privados de saúde, com diferentes modalidades de planos de saúde, prêmios de seguros variados e subsídios fiscais. Os componentes públicos e privados do sistema são distintos, mas interconectados, e as

pessoas podem usar os serviços em todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagar.

As ações e serviços públicos se organizam dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse oferece atenção em todos os níveis da saúde, através de instituições públicas em âmbito federal, estadual e municipal, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização. O SUS adota uma organização em rede complexa, onde as diferentes instituições que o compõem se vinculam, complementam e comunicam entre si, levando como referência os mesmos princípios e objetivos no que refere à atenção, trabalhando de forma cooperativa e interdependente, o que busca uma atenção contínua e integral (Leal; Antoni, 2013). No que refere ao financiamento do sistema, é competência dos três entes federados (União, estados e municípios), mediante recursos de seus orçamentos e de contribuições sociais (Menicucci, 2017). É destacável a orientação para a comunidade do sistema em sua totalidade, incluindo a participação da comunidade no processo de formulação de diretrizes, na fiscalização, controle e avaliação de ações e serviços.

Porém, além da existência do SUS, os planos privados têm forte presença no cenário da saúde brasileiro. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, responsável governamental responsável pela regulação deste setor, atualmente no Brasil um quarto da população é beneficiário de planos privados de assistência médica (Brasil, 2023). Desse modo, os planos e seguros de saúde privados coexistem ao SUS, de maneira a instituir agendas específicas (Araújo, 2020).

É importante destacar que a informação estatística e epidemiológica é uma grande carência da Argentina. Como apontam Gerlero *et al.* “a escassa informação epidemiológica compõe um quadro disperso que não nos permite conhecer problemas prevalentes ou priorizar grupos populacionais vulneráveis” (2011, p. 1, tradução nossa). Porém, a partir do último relatório geral sobre saúde do país (Ministerio de Salud Y Desarrollo Social, 2018), podemos observar que 64% da população da Argentina (cujo número ascende a mais de 40 milhões segundo o último censo realizado no país no ano 2010) tem cobertura de saúde a partir dos subsistemas privados ou da segurança social, sendo esta última a cobertura majoritária (46% do total), e 36% da população recebe atenção exclusivamente do subsistema público, apesar de que, como foi mencionado acima, toda a população tem acesso a este subsistema.

Em relação ao gasto público em saúde, os dados mais recentes indicam que no ano 2015 representou 7,1% do PIB, 3% foram destinados à atenção pública, 3% às obras sociais e o restante 1% às despesas destinadas ao *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados* (INSSJyP) (Ministerio de Salud Y Desarrollo Social, 2018).

5.3 Sobre o descompasso temporal na definição de legislações de âmbito

nacional

Em relação às diferenças entre os casos estudados, um dos aspectos que nos chama atenção é o descompasso no tempo da definição de legislações de âmbito nacional. Embora as experiências argentinas com processos de desinstitucionalização sejam relevantes há mais de três décadas (Campodónico, 2018), elas permaneceram na maior parte do tempo como eventos isolados ao nível provincial ou municipal. Apenas em 2010, durante o governo de Cristina Fernández de Kirchner, o Poder Legislativo argentino aprovou a Lei Nacional de Saúde Mental, Lei 26.657. Uma década antes do que na Argentina, em 2001, o Brasil já inaugurava uma Lei de Saúde Mental de âmbito nacional e inovadora, juntamente com a implantação de estratégias e ações que a acompanham (Rosendo, 2013).

Quadro II - Política de saúde mental na Argentina e no Brasil: algumas semelhanças e diferenças no estabelecimento de reformas psiquiátricas

	SEMELHANÇAS	DIVERGÊNCIAS	
		Argentina	Brasil
CONTEXTO	<p>- O período da Ditadura Militar nos dois países trouxe à tona a crítica ao modelo manicomial vigente (seguindo a crítica internacional, com destaque ao modelo de psiquiatria italiano de Franco Basaglia).</p> <p>-A partir da década de 1990, mesmo com a expansão do Estado neoliberal, foi possível o surgimento de leis e serviços em consonância com a luta antimanicomial, seguindo uma tendência internacional.</p> <p>-A partir dos anos 2000 e o avanço dos governos de “esquerda” foi possível a ampliação das ideias, normativas e serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.</p> <p>- A partir de 2015, os dois países têm a retomada da política neoliberal e retrocesso na saúde mental (retomada de investimentos em serviços com características asilares).</p>	<p>- A Argentina, após o período da Ditadura Militar, não conseguiu implantar uma universalização da política de saúde, com a criação de instrumentos legais e serviços fragmentados em diferentes províncias do país. Obteve expansão na política de SM nacional a partir de 2010, sofrendo retrocesso a partir de 2015.</p>	<p>- O Brasil, após a Ditadura Militar, conseguiu criar uma política universal de saúde (década de 1980) e direcionar os interesses do movimento da Reforma Psiquiátrica a partir do início dos anos 2000. Entretanto, sofreu desde então, com permanente tensão entre projetos de governo, e seguido de retrocesso da política de saúde mental, a partir de 2015.</p>

	<p>- Em ambos os países, o processo de construção da política de saúde mental foi tensionado por políticas e governos (modelo comunitário x hospitalar; interesses de mercado x interesses sociais; Estado neoliberal x Estado social-democrático)</p>		
ATORES	<p>Inicialmente, o movimento de reforma psiquiátrica nos dois países foi reforçado após denúncias de trabalhadores da saúde mental, sobre as condições de trabalho e de violação de direitos humanos de pessoas com sofrimentos mentais.</p> <p>-Movimento agregou outros atores, como pesquisadores, estudantes, familiares e usuários da saúde mental.</p> <p>- Disputa de interesses da saúde mental com atores a favor ou contra a reforma psiquiátrica (tensões constantes entre os dois projetos) Geralmente os atores obstaculizadores das reformas incluíram as farmacêuticas, grupos hegemônicos da medicina privada e do poder judicial.</p>	<p>Na Argentina os atores envolvidos conformaram grupos pouco organizados, gerando experiências e regulamentações isoladas e desarticuladas.</p>	<p>No Brasil, criaram-se movimentos específicos e organizados, como o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) ou o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), bem como, o Movimento da luta antimanicomial.</p>
REGRAS/ SERVIÇOS	<p>-Tanto a Argentina quanto o Brasil são pioneiros na região latinoamericana em pensar propostas alternativas de cuidado a pessoas com sofrimentos psíquicos.</p>	<p>- Criação de leis provinciais na Argentina na década de 1990 e de uma lei nacional somente em 2010.</p>	<p>-Criação de leis estaduais no Brasil na década de 1990, antes mesmo da lei da Reforma Psiquiátrica, aprovada em 2001.</p>

	<p>- A reforma psiquiátrica proposta nos dois países teve enfoque comunitário em detrimento do modelo hospitalocêntrico.</p> <p>- Expansão da política de saúde mental (legislações e serviços), com enfoque comunitário, a partir da expansão de governos de “esquerda” no século XXI.</p>	<p>- Como consequência da particular distribuição do poder político próprio do país (que outorga maior autonomia às províncias), o tratamento da SM e a abrangência dos serviços é amplamente desigual ao longo do território.</p> <p>- Após 10 anos da aprovação da Lei Nacional de Saúde Mental na Argentina, ainda se experimentam dificuldades na sua implementação.</p>	<p>-Avanço homogêneo das regulamentações em SM a nível nacional, graças a um aparato legislativo articulado e unificado pelo SUS.</p> <p>- Depois de 20 anos da sanção da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o país experimenta um período de retrocesso e desmonte dos logros obtidos com a retomada da política neoliberal.</p>
--	---	--	---

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Interessante observar que, ao mesmo tempo em que a Argentina trabalha atualmente na implementação das novas políticas de saúde mental, sob algumas dificuldades de avanços (Cáceres *et al.*, 2017; Glanc, 2017), o Brasil experimenta reformulações das políticas que se traduzem como retrocessos em sua reforma psiquiátrica (Amarante; Nunes, 2018; Nunes *et al.*, 2019; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Isso desenha um panorama diferente na situação atual de ambos os países que merece esclarecimento (Camargo; Preuss, 2017).

5.4 Sobre as normas relacionadas à saúde mental de âmbito nacional

Apesar de o Brasil e a Argentina lograrem avanços em matéria de saúde mental, observa-se que a mudança paradigmática nessa política não é tarefa fácil. Por certo, esses enquadramentos das políticas de saúde estão associados às escolhas políticas realizadas no decorrer do tempo.

Em matéria de saúde mental, pode-se pensar que o Brasil tem um aparato legislativo mais articulado, descentralizado com direção única, com uma intenção mais clara (associada ao SUS), que inclui mobilizações ocorridas desde meados do século XX. Entretanto, a criação de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico e a redução progressiva e programada de leitos em hospitais psiquiátricos foram mantidas durante os primeiros dez anos da implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica, instituída em 2001. A política avançou com a implementação de serviços alternativos, mas começou a apresentar retrocessos na última década, dando lugar a uma clara intenção de desmonte do sistema de saúde mental e um redirecionamento para o modelo

hospitalocêntrico nos últimos cinco anos, no que é chamado “contrarreforma psiquiátrica” (De Oliveira Nunes *et al.*, 2019).

Já a Argentina, devido às características institucionais próprias do país, apresenta uma produção legislativa mais diversa e assíncrona, de acordo com as necessidades de cada província. O movimento de desmanicomialização começa a ter força somente após iniciado o século XXI, de forma irregular ao longo do país, só conseguindo se unificar numa lei nacional no ano 2010. Por esse motivo, a rede de saúde mental no país é ainda incipiente na maior parte das províncias. A criação de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, se bem é o objetivo da lei, ainda está longe de ser conseguido e as opções de atenção comunitária são escassas, tanto quanto o investimento em saúde mental (Gerlero *et al.*, 2010; Gerlero *et al.*, 2011). A informação sobre a situação da saúde mental no país após a regulamentação é insuficiente, impedindo uma avaliação apropriada do cenário atual e a adequação de cada província à normativa é profundamente variável.

5.5 Sobre as proposições de mudanças nas políticas de saúde mental

As trajetórias das políticas de saúde mental permitem ver, também, esforços para a transição de um modelo psiquiátrico centrado na lógica asilar, marcada pela violação aos direitos dos usuários, para um modelo de atenção comunitária, com base psicossocial em ambos os países, em especial após os períodos ditatoriais. Apesar desses avanços na política de saúde mental, muitos desafios permanecem por conta de frequentes tensões entre projetos de governo/sociedade, atores heterogêneos e resquícios de práticas manicomiais, bem como interesses do mercado.

Portanto, como se evidencia na trajetória desses países, a luta pelo direito ao acesso universal a cuidados de saúde decentes, com foco em direitos humanos e qualidade, ainda não é uma vitória definitiva; pelo contrário, torna-se necessário continuar meios de garantir que as instituições não obstaculizem os avanços em direção ao modelo de atenção comunitária e com base psicossocial, reconhecendo os efeitos negativos que podem trazer ao sistema de saúde, bem como as práticas de profissionais, governantes e usuários.

Os dois países têm políticas de saúde mental semelhantes: baseadas em uma abordagem de direitos humanos, com forte orientação comunitária e desmanicomializante; mas com diferentes dificuldades na concretização dessas políticas (Alarcón, 2000; Almeida; Horvitz-Lennon, 2010; Agrest *et al.*, 2018), seja por atrasos no alcance da sua implementação

(Rosendo, 2014; Heredia; Barcala, 2017), seja por retrocessos nas conquistas obtidas nessa direção (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

No caso de Brasil, dentre os impasses, encontram-se a redução da reforma a um processo de desospitalização sem a real desmontagem do hospital psiquiátrico e o deslocamento completo da atenção em saúde mental para serviços substitutivos territoriais integrados à rede de saúde mais ampla (Amorim; Dimenstein, 2009). É necessário um olhar crítico para o processo de trabalho dos profissionais sob o risco de que reproduzam nos locais de trabalho o modelo manicomial e segregador prestado em unidades asilares de outrora (Clementino *et al.*, 2019; Bongiovanni; Silva, 2019).

Além disso, no Brasil, somam-se as mudanças mais recentes ocorridas nesse âmbito, conformando, desde 2017, uma “Nova Política de Saúde Mental” orientada ao refinanciamento dos hospitais manicomiais e reforçando o apoio à abordagem de problemáticas de consumo desde Comunidades Terapêuticas, respaldado no que foi chamado de “Contrarreforma psiquiátrica” (Nunes *et al.*, 2019).

No caso da Argentina, conforme já citado, as políticas de saúde mental são regidas pela Lei Nacional de Saúde Mental N° 26.657. Porém, apesar de que a lei fosse acompanhada por vários decretos e planos que visavam a concretização da sua implementação, ainda são vivenciados sinais de resistência a sua implementação definitiva no âmbito de governos subnacionais (Daray, 2015; Canet; Mazzeo, 2016).

Persistem, principalmente, práticas fortemente arraigadas nos trabalhadores de área que obstaculizam o logro dos resultados esperados como consequência da sanção da Lei de Saúde Mental, ainda predominando práticas de intervenção que não se condizem com a reorganização do paradigma de atenção. Podemos dizer, então, que no país as barreiras que se apresentam não correspondem ao nível legislativo, senão, ao nível fático, de adaptação das práticas de cuidado e os entornos de atenção a uma abordagem de respeito pelos direitos humanos (Rosendo, 2013; Heredia; Barcala, 2017). A atual estrutura da saúde mental na Argentina é de conformação recente e acompanha as modificações propostas pela lei nacional de SM; datada do ano 2019 a partir da Resolução N° 2019/715.

Como apontado por Mahoney (2006), a dependência da trajetória, nesse caso, os históricos de funcionamento interferem na concretização de novas propostas, o que vemos refletido como resistências e retrocessos em ambos os países. Como explicado pelo autor, fatores do passado, associados a funcionamento asilar tanto nas instituições como nas práticas dos profissionais e na compreensão coletiva da população, força para dificuldades em

mudanças, deixando ver a permanência e impacto dessa lógica ainda no presente, apesar de propostas novas.

5.6 Sobre as particularidades e coincidências nas redes de saúde mental

A Argentina organiza o seu sistema de saúde mental em uma Rede Integrada de Saúde Mental com base na comunidade e conformada por dois grandes grupos: os serviços de saúde com hospitalização geral (serviços de saúde em hospitais polivalentes) e as unidades de saúde sem hospitalização para diagnóstico e tratamento, sendo a possibilidade ou não da hospitalização na instituição a principal diferença. Por sua vez, as unidades de saúde sem hospitalização incluem: clínicas de saúde mental, componentes de saúde mental nos centros de saúde (dentre eles, os CAPS) e uma Rede Integrada de Saúde Mental composta por: centros de dia comunitários, hospitais comunitários, dispositivos de inclusão sócios ocupacionais e dispositivos de inclusão de moradias (Dirección Nacional De Salud Mental Y Adicciones, 2019).

O Brasil, por outro lado, organiza o seu sistema de saúde mental a partir da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Brasil, 2011), composta por vários serviços de saúde e assistência social, dentre eles: Unidade Básica de Saúde; Estratégias de Saúde da Família; Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF; Equipe de Consultório na Rua; Centros de Convivência; SAMU 192; UPA 24 horas; Pronto Socorro; Hospitais, entre outros (Camargo; Preuss, 2017). A RAPS visa ofertar atenção digna por meio do SUS a todos os usuários do sistema de saúde mental (Ministério da Saúde, 2005; Ferreira *et al.*, 2016).

Existem algumas diferenças entre a organização do sistema de saúde mental argentino e o brasileiro, que não permitem uma equivalência entre os seus componentes. Assim, enquanto a rede brasileira possui pontos específicos de atenção à saúde mental, conformados pelos CAPS e caracterizados pelo mercado com foco territorial e comunitário, a rede argentina dispõe de consultórios dedicados à atenção da saúde mental, mas pertencendo, em sua maioria, aos subsistemas privados ou da seguridade social. Os componentes de saúde mental em centros de saúde, embora não representem um elemento específico para esta área da saúde, oferecem, além de atenção e tratamento, promoção e prevenção em saúde mental e tem um perfil comunitário com forte base territorial.

Embora a Portaria nº 3.088/2011, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011), determine que a saúde mental no Brasil seja estruturada a partir de Redes de Atenção

Psicossocial (RAPS), que engloba, organiza e regulamenta todos os serviços que a lei protege; nos últimos anos foram vivenciadas modificações na RAPS e na área de saúde mental em geral, unificadas sob a denominação de “Nova Política de Saúde Mental” e amplamente reconhecida como símbolo de retrocesso na garantia de direitos de saúde; entre os principais, podem se mencionar a Nota Técnica nº 11 (Brasil, 2019a) e a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) (Brasil, 2019b). Na Argentina, por outro lado, apesar de se falar de uma “Rede Integrada de Saúde Mental”, a partir de 2019, os serviços de atenção parecem que se entrelaçam em outros serviços do sistema de saúde, conformando-se como um componente dos demais serviços de saúde (Camargo; Preuss; Lacerda, 2018).

5.7 Sobre mudanças, permanências e retrocessos da saúde mental nos níveis nacionais

Considerando os achados dessa pesquisa, é possível observar uma distribuição e implementação muito mais homogênea no Brasil do que na Argentina. Como apontado por Porto de Oliveira (2015), a descentralização das decisões acerca da execução das políticas pode incrementar as desigualdades entre regiões, sendo preciso um forte processo de regulação nacional a fim de evitar estas consequências.

Como observado anteriormente, as características federativas da Argentina outorgam um grande poder decisório às províncias, ao mesmo tempo que carece de uma função central de coordenação e supervisão do governo federal. É assim que se constata uma experiência pioneira na Patagônia, particularmente na província de Río Negro, mas com escassa repercussão no resto do país. Permanecem grandes disparidades na implementação de diretrizes centrais, de modo a reforçar o entendimento de que a autonomia dada às províncias outorga também a possibilidade de não aderirem (no sentido de não empregar esforços) nas políticas públicas (Arretche, 2005) .

Em contraste, no Brasil, no qual o governo federal ainda é responsável por grande parte da formulação, coordenação e indução das políticas e, apesar de os municípios e estados conservarem liberdade decisória, essa liberdade foi acompanhada por delineamentos, orientações e supervisão do poder central que permitiu um avanço homogêneo de estratégias e serviços implementados ao longo do país (Porto de Oliveira, 2015).

Assim, as políticas brasileiras se concretizam em grande medida por meio da normatização e o financiamento do governo federal, sendo a implementação das ações por responsabilidade dos governos estaduais e municipais. Vê-se, aqui um nó firme de coordenação

entre as partes, aspecto que funciona de forma ligeiramente diferente na Argentina, com processos decisórios mais descentralizados e menos coordenados, impactando em desarticulação e heterogeneidade maiores (Lotta, 2014). Como apontado por Lotta (2014, p. 07), percebe-se a necessidade de “combinar a execução descentralizada de serviços públicos com a centralização de autoridade sobre as regras de execução”.

Desde 2015, no entanto, assistimos um desinvestimento massivo na rede de atenção psicossocial e comunitária brasileira. Há abandono e desmonte de estratégias de formação deste modelo (Sampaio Coelho; Guimarães Ximenes; Mesquita de Abreu, 2019) assim como a uma virada para políticas contrárias à essência da Reforma Psiquiátrica, com novos avanços de espaços fechados de atenção (como comunidades terapêuticas), e reforços à realização de internamentos em hospitais monovalentes.

Além da fragmentação ocasionada pelo próprio sistema decisório das províncias argentinas, o sistema de saúde do país também apresenta certo nível de fragmentação (Acuña; Chudnovsky, 2002); dessa maneira a combinação de ambos fatores derivam na pouca regulação por parte do Estado do subsistema privado e de planos sociais, originando um dos principais problemas vinculados à implantação do modelo: a não adaptação desses subsistemas às políticas vigentes; a responsabilidade pela atenção do sofrimento mental acaba recaindo, em sua totalidade, no âmbito público de atenção e, obviamente, sobrecarregando o subsistema e impossibilitando o funcionamento adequado.

A fragmentação como problema central na implementação e desenvolvimento do modelo psicossocial, porém, é extensiva aos dois países. Vemos, então, grandes dificuldades de gestão dentro da rede de atenção à saúde mental, onde os diferentes componentes de atenção desconhecem o fluxo, as tarefas e responsabilidades de cada uma das partes. Essa falta de articulação atrapalha a oferta de serviços de qualidade, uma vez que exerce um peso maior em alguns dos componentes do sistema. Contudo, esse é um impasse que excede as próprias redes de saúde mental e vincula-se, nos dois países, com o funcionamento do sistema de saúde geral, em ambos os casos, com sérias dificuldades em responder a uma demanda crescente de atenção frente a um abandono cada vez maior.

Outrossim, a necessidade de articulação e de desenvolvimento de vínculos vai além da área da saúde, e precisa ser pensado em níveis maiores de complexidade: revela-se a necessidade de diálogo com sistemas fora do próprio sistema de saúde, como o judicial, laboral, educativo, de desenvolvimento social, por exemplo.

É preciso construir, logo, um olhar mais amplo da saúde mental por parte dos Estados, que habilite abordagens complexas e ao verdadeiro funcionamento em rede. É importante, portanto, que as políticas públicas de saúde mental sejam acompanhadas de orientações claras nesse quesito, de incentivos e supervisão das articulações, para evitar que esses pontos fracos sejam utilizados como argumentos para o desmantelamento e o retrocesso do modelo, como atualmente se vê acontecer no Brasil.

Apesar dessa diferença, um ponto parece coincidir, não obstante as características do sistema federativo deles: as propostas de implementação surgiram afastadas das grandes capitais e dos centros populosos; as cidades pequenas (como o caso do Bolsón, em Río Negro ou Iguatu no Ceará) funcionam como pioneiras nos próprios países e são exemplos da facilidade de implementação nesses contextos. São muitos os fatores envolvidos neste fenômeno, dentre os quais pode-se mencionar: o contato próximo com a população que permite intercâmbios mais frutíferos ou a baixa densidade populacional que habilita o desenvolvimento de trabalho com pouco recurso humano.

Esse fato obriga a repensar a modalidade de implantação a ser considerada em cada cenário, o contexto (seja histórico ou geográfico) importa, e é necessário que seja levado em consideração na hora de fazer os ajustes requeridos em cada uma das políticas.

Em síntese, as resistências e retrocessos são uma ameaça permanente ao modelo psicossocial proposto pelas políticas públicas de saúde mental; no Brasil, os retrocessos progrediram ao ponto do desenvolvimento de novas políticas que representam um retorno à lógica manicomial e a um movimento antirreforma psiquiátrica. A Argentina corre o risco de um destino similar; além dos progressos lentos, algumas pistas de retrocessos também começam a serem enxergados no país: um serviço de lógica confusa, na cidade de San Carlos de Bariloche, e alguns passos dados na direção do financiamento de comunidades terapêuticas e questionamento às políticas de redução de danos são alguns exemplos do início do retrocesso em ambos os países.

Resistências, retrocessos e avanços modestos em períodos prolongados de tempo parecem indicar que as políticas de saúde mental precisam ser repensadas; porém, esta análise tenta mostrar que não é o núcleo delas que requer questionamentos, senão as condições dadas para o seu sucesso ou fracasso. Dessa maneira, quando as políticas foram acompanhadas por decisões políticas de apoio, ações de investimento e desenvolvimento, como foi na primeira década após a regulamentação da Lei Paulo Delgado no Brasil evidenciam-se grandes progressos no cuidado aos direitos dos usuários. Pelo contrário, quando a mudança de um

modelo asilar para um modelo de essência comunitária não é feita na base de planejamento, avaliação e investimento revela dificuldades na sua execução.

Assim, repete-se, na fala de gestores e gestoras de ambos os países a ideia de que a saúde mental não é (nem foi) prioridade na agenda da saúde. “Esquecida” é o principal significante que descreve a esta área da saúde.

Sumariamente, os motivos descritos são vários, e embora a diferença de situações, podem se destacar alguns pontos em comum que habilitam a reflexão sobre como deve ser levado a cabo o processo de implantação de um modelo de atenção psicossocial e quais são as bases necessárias a levar em consideração para uma implementação efetiva do mesmo.

Um dos mais relevantes parece ser a ambivalência respeito ao real motivo das insuficiências do modelo; assim, a principal pergunta é: o problema são as ferramentas legais e o modelo em que elas se baseiam ou a má efetivação delas? aliás: por que a falta de decisões e ações de efetivação é utilizada como argumento para um retrocesso, para os ataques ao modelo, para a justificativa da não validade do paradigma como a melhor opção para a atenção do sofrimento mental?

Desse jeito, acaba sendo muito simples o recurso da crítica ao modelo psicossocial, quando na realidade ele parece não ter sido nunca devidamente financiado, nem ter tido o acompanhamento suficiente de ações nessa direção. E esse ponto abre outra pergunta: As políticas públicas de saúde mental foram planejadas sem a consideração do contexto no qual seriam aplicadas? A proposta das políticas leva em consideração o escasso orçamento sistematicamente destinado à saúde e, em particular, à saúde mental? E o que é mais importante: Esse fato justificaria desfazer o feito, voltando na direção de retrocessos? Quer dizer, as dificuldades dos países na implementação e sustentação de políticas públicas baseadas no paradigma comunitário justificam abrir mão delas, e, por conseguinte, voltar à vulneração dos direitos dos usuários?

Assim, o orçamento parece ser um eixo central dos problemas da efetivação do modelo; foram desenvolvidas propostas pioneiras tanto na Argentina quanto no Brasil, porém, não foram acompanhadas por ferramentas que auxiliassem o seu sustento. Ficaram, então, (especialmente na Argentina), como episódios isolados, com apoios precários (como planos ou incentivos esporádicos e instáveis).

A formação dos profissionais ergue-se como outro dos fatores centrais na conformação do cenário atual. Trabalhadores das redes de saúde mental têm escassa formação no modelo psicossocial e no trabalho interdisciplinar; nesse sentido, são necessárias políticas

articuladas com os âmbitos educativos a fim de conformarem currículos que abarquem tarefas de acompanhamento aos serviços substitutivos e as ferramentas para trabalhar neles.

A abordagem desse ponto se revela como urgente para o sustento de avanços e a resistência aos retrocessos. Ademais, as condições laborais dos profissionais são, com frequência desfavoráveis, apesar do elevado compromisso que requer o trabalho comunitário. A pouca priorização da saúde mental dentro do âmbito da saúde deriva em contratos precários ou na não contratação de profissionais, gerando uma escassez de recursos humanos que impossibilita abordagens apropriadas, ao mesmo tempo em que sobrecarrega os trabalhadores e trabalhadoras da rede, que não conseguem dar conta da demanda crescente.

Dessa forma, em ocasiões, a militância antimanicomial aparece como uma maneira de compensar (e até justificar) a sobrecarga de trabalho. Dissemina-se a hierarquização do trabalho em saúde mental na medida em que começa a ser confundido com mera vocação.

Finalmente, na análise das características e do funcionamento das redes de saúde mental, destacam-se, em ambos os países, uma cobertura insuficiente da demanda, decorrente de recursos (infraestrutura, econômicos e humanos) escassos e da falta de acompanhamento do crescimento populacional com a abertura de novos serviços. Pode-se somar as enormes dificuldades de diálogo e articulação entre os serviços da rede, e fora dela, e a ausência de abordagens sólidas de prevenção e no nível primário de atenção. Do mesmo jeito, o perfil de gestores e gestoras, em termos gerais, não tem formação específica em saúde mental, isso inclusive no Brasil, onde os serviços têm essa especificidade.

Diante de um cenário que pode parecer desencorajador, ressaltamos o apontado por Thelen (2003) no que diz respeito à importância de pequenas mudanças ocorrerem, pois funcionam como uma base de capas ou estratos cumulativos, que podem desembocar em uma mudança maior. Assim, partindo da base de grandes ferramentas, como diretrizes e políticas públicas, é preciso se manter em um padrão de câmbios pequenos, mas constantes, que funcionem como resistência aos possíveis retrocessos e como motores de avanços. Espera-se que esses resultados, assim como outras pesquisas nessa linha orientem esses câmbios nos orçamentos destinados à saúde mental, na formação dos profissionais e criação das matrizes curriculares, no funcionamento e gestão dos serviços e nas percepções culturais a respeito do sofrimento mental.

Finalmente, considera-se importante destacar brevemente questões que poderiam ser pensadas como limitações deste trabalho e que precisam ser levadas em consideração na hora de compreender o percurso percorrido na sua construção e na posterior análise levada a

cabo: em primeiro lugar, como destacado inicialmente, como pesquisadora é necessário reconhecer um vínculo com o sistema de saúde argentino e, por conseguinte, uma maior clareza na compreensão do mesmo a partir da própria experiência vital, não sendo assim com o sistema brasileiro. Por outro lado, a diferença com a língua nativa também pode ser fonte de restrições na metodologia

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de diferenças nas experiências e trajetórias, a combinação de fatores pessoais e formais reafirma a abordagem de ambos os países com o intuito de obter uma perspectiva, se bem de relativa profundidade, de maior amplitude no que refere ao tema.

Assim, embora o panorama geral seja de avanços (no sentido da existência de políticas públicas com orientação psicossocial, mudanças nas representações sociais a partir delas e a permanência de serviços intermediários e de base comunitária), esses avanços foram feitos de forma extremamente lenta, profundamente insuficiente ou baixo constante ataque e ameaça de retrocesso, o que revela a necessidade de ações além das já feitas nas últimas décadas, a fim de mudar lógicas de funcionamento profundamente enraizadas na sociedade e no sistema de saúde.

Para mais, os sistemas de saúde do mundo deparam-se na atualidade com um contexto extremadamente particular e desalentador; as consequências da recente pandemia de COVID-19 aumentaram as demandas por motivos de saúde mental ao mesmo tempo em que funcionaram como um véu que cobriu (ou impulsionou) os retrocessos nesta área, deixando-a paradoxalmente ainda mais esquecida, tal como expressa um dos gestores entrevistados, “esse desmonte é do país nesse momento, mas na hora da saúde mental, é evidentemente mais forte.” (E. 5).

Por esse motivo, é importante destacar que o contexto importa e impacta nas políticas de saúde mental; do mesmo jeito que o contexto de fragilidade institucional do Brasil durante o ano 2016 abriu as portas aos ataques ao modelo comunitário, o atual contexto corre o risco de abrir as portas ao retrocesso onde os ataques são facilitados ou, pelo menos, passam despercebidos frente à emergência sanitária.

A modo de conclusão, pode-se dizer: o orçamento é um fator importante, mas é um fator entre outros, assim, a questão orçamentária não basta para garantir o sucesso das políticas de saúde mental; é preciso considerar também que para mudar uma lógica, as políticas públicas são condição necessária, mas não suficiente, é preciso considerar a formação de profissionais capacitados no modelo que estas propõem e, portanto, olhar para o sistema educativo; ademais, os contextos geográfico, político, econômico e social importam, e são fatores importantes na hora de avaliar a implementação de políticas públicas; finalmente, requer-se um estado presente, que além da sanção de legislações e da alocação orçamentária cumpra uma função de

regulação e supervisão a fim de evitar a fragmentação dentro das redes e de assegurar um funcionamento coordenado dela e dos sistemas com os quais interage.

Frente a isso, é recorrente a ambivalência potencialidade *versus* insuficiência das políticas, fato que abre a perguntas que devem ser feitas a fim de continuar progredindo e mantendo os avanços conseguidos nos direitos de usuários da rede de saúde mental: as políticas públicas com orientação psicossocial representam um movimento pioneiro na região? sim, mas é preciso desenvolvê-las levando em consideração as possibilidades, limitações e realidades socioeconômicas de cada país, mantendo um olhar crítico respeito aos recursos que serão necessários e as ações que precisam ser levadas a cabo para a efetivação. Ademais, esses entraves tratam de limitações das próprias políticas ou do seu processo de efetivação?

Considera-se que não seja necessário mudar as políticas, do jeito que está acontecendo no Brasil, por exemplo, pois estas demonstraram serem mais justas com os direitos de usuários e usuárias da rede e inclusões mais efetivas em termos orçamentários; senão, que é preciso trabalhar em ajustes que permitam o seu desenvolvimento bem-sucedido, em diálogo com as limitações e possibilidades de cada contexto e atentas às ações necessárias face a sua implementação. Acredita-se que dar atenção a esse diálogo permitirá pensar avanços sólidos e estáveis no tempo, mas é preciso continuar refletindo sobre tais avanços a fim de não abrir espaço para retrocessos e para lograr conquistas suficientemente rápidas para que representem mudanças justas no olhar ao sofrimento mental e na garantia dos direitos das pessoas que o padecem.

Por fim, espera-se que este trabalho possa contribuir com outros estudos sobre a política de saúde mental na América Latina, lançando entendimentos sobre o passado e as transformações acontecidas no âmbito do cuidado às pessoas com sofrimentos psíquicos. Em certa medida, deseja-se que o presente estudo contribua nas reflexões acerca do futuro das reformas das políticas de saúde mental, somando-se ao desenvolvimento de práticas inclusivas e orientadas à comunidade e aos direitos humanos, e que representem, por sua vez, avanços na qualidade de atenção aos usuários do sistema de saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ACUÑA, Carlos H.; CHUDNOVSKY, Mariana. **El sistema de salud en Argentina**. 2002. 62 p.
- AGREST, Martín; MASCAYANO, Franco; ASSIS, Renata Teodoro de; MOLINA-BULLA, Carlos; ARDILA-GÓMEZ, Sara. Leyes de Salud Mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación. **Vertex: Revista argentina de psiquiatría**, [S/L], v. 29, n. 8, p. 334-345, nov. 2018.
- ALARCÓN, Renato; AGUILAR-AXIOLA, Sergio. Mental health policy developments in Latin America. **Bulletin Of The World Health Organization**. [S/L], p. 483-490. out. 2000.
- ALMEIDA, José Miguel Caldas de; HORVITZ-LENNON, Marcela. Mental Health Care Reforms in Latin America: an overview of mental health care reforms in latin america and the caribbean. **Psychiatric Services**, [S/L], p. 218-221, mar. 2010.
- ALMEIDA FILHO, António José de; FORTES, Fabíola; QUEIRÓS, Paulo; PERES, Maria; VIDINHA, Telma; RODRIGUES, Manuel. Historical trajectory of the psychiatric reform in Portugal and in Brazil. **Revista de Enfermagem Referência**, [S.L.], v. , n. 4, p. 117-125, 5 mar. 2015. Health Sciences Research Unit: Nursing. <http://dx.doi.org/10.12707/riv14074>.
- AMARANTE, Paulo. Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. Cap. 1. p. 21-50.
- AMARANTE, Paulo. **Autobiografia de um movimento: quatro décadas de reforma psiquiátrica no Brasil (1976-2016)**. Rio de Janeiro: Capes, 2020. 204 p.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
- AMEZCUA, Manuel; TORO, Alberto Gálvez. LOS MODOS DE ANÁLISIS EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD: PERSPECTIVA CRÍTICA Y REFLEXIONES EN VOZ ALTA. **Revista Española de Salud Pública**, [S/L], v. 76, n. 5, p. 423-436, nov. 2002.
- AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 195-204, fev. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000100025>.
- AMORIM NETO, Octavio; RODRIGUEZ, Júlio César Cossio. O novo método histórico-comparativo e seus aportes à ciência política e à administração pública. **Revista de Administração Pública**, [S.L.], v. 50, n. 6, p. 1003-1027, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612156950>.

ARAÚJO, Carmem Emmanuely Leitão. **Decisões Políticas e Mudanças Limitadas na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2020. 298 p.

ARAÚJO, Carmem Emmanuely Leitão; CUNHA, Eleonora Schettini Martins. Análise de mudanças em políticas públicas. **Conhecer**: debate entre o público e o privado, Fortaleza, v. 9, n. 22, p. 170-187, 22 abr. 2019. O Debate Entre O Público E O Privado. <http://dx.doi.org/10.32335/2238-0426.2019.9.22.1030>.

ARCE, Hugo. ORGANIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA. *Medicina*, Buenos Aires, v. 72, n. 8, p. 414-418, 11 jul. 2012.

ARDILA-GÓMEZ, Sara; AGREST, Martín; FERNÁNDEZ, Marina A.; ROSALES, Melina; LÓPEZ, Lucila; DÍAZ, Alberto Rodolfo Velzi; VIVAS, Santiago Javier; LAVALLE, Guadalupe Ares; BASZ, Eduardo; SCORZA, Pamela. The mental health users' movement in Argentina from the perspective of Latin American Collective Health. *Global Public Health*, [S.L.], v. 14, n. 6-7, p. 1008-1019, 31 ago. 2018. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2018.1514063>.

ARGENTINA. Constituição (1994). Constituição de agosto de 1994. **Constitucion de La Nacion Argentina**. Buenos Aires, ago. 1994. p. 1-28. Disponível em: <https://pdpa.georgetown.edu/Parties/Argentina/Leyes/constitucion.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

ARGENTINA. Ley nº 25421, de 4 de abril de 2001. **Creacion del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (Apsm)**. Buenos Aires, 3 maio 2001. Disponível em: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/normas/7769.pdf>. Acesso em: 26 maio 2021.

ARGENTINA. Plan Federal, de maio de 2004. **Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007**. Buenos Aires, maio 2004. Disponível em: http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2004_Plan_Federal_Salud.pdf. Acesso em: 26 maio 2021.

ARGENTINA. Resolución nº 275/2009, de 18 de março de 2009a. **Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes**. Buenos Aires, 27 mar. 2009a. Disponível em: <http://www.femeba.org.ar/documentos/download/479-ms-crea-programa-nacional-de-patologias-mentales-severas.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2021.

ARGENTINA. Decreto nº 1602/2009, de 29 de outubro de 2009b. **Subsistema no Contributivo de Asignación Universal Por Hijo Para Protección Social**. Buenos Aires, 30 out. 2009b. Disponível em <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1804/DECRETO%201602.pdf>. Acesso em 19 de maio de 2021.

ARGENTINA. Lei nº 26657, de 25 de novembro de 2010. **Derecho A La Protección de La Salud Mental**. Buenos Aires, 25 nov. 2010. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>. Acesso em: 21 maio 2021.

ARRETCHE, M. Quem Taxa e Quem Gasta: A Barganha Federativa na Federação Brasileira. *Revista de Sociologia e Política*, n. 24, p. 69–89, 2005.

ASSEMBLEIA GERAL DA ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1984. Disponível em https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr_translations/por.pdf . Acesso em 19 de maio de 2021.

BELLÓ, Mariana; BECERRIL-MONTEKIO, Victor M. Sistema de salud de Argentina. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 53, n. 2, p. 96-108, jan. 2011.

BLANCO, Laura Castro; SUÁREZ, Andrés Sánchez; PALACIOS, John A. Pedraza; RICARDO, Mariam Verbel. **Los desarrollos legislativos en Salud Mental en Brasil, Argentina, Chile y Colombia a partir de la Declaración de Caracas. 1990-2015**. 2017. 152 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Maestría En Salud Mental Comunitaria, Universidad del Bosque, Bogotá, 2017.

BONGIOVANNI, Julia; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. DESAFIOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE SAÚDE MENTAL. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 31, p. 1-14, nov. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31190259>.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 575-586, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000300002>.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, de 5 de outubro de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em 19 de maio de 2021.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL : 15 ANOS DEPOIS DE CARACAS., 1., 2005, Brasília. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Opas, 2005. p. 1-56.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugar de atenção psicossocial nos territórios**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 19 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 28 dez. 1990b.

BRASIL. Lei nº 10216, de 6 de abril de 2001. **Sobre A Proteção e Os Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e Redireciona O Modelo Assistencial em Saúde Mental**. Brasília, 6 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 22 maio 2021.

BRASIL. Brasília, 9 jan. 2004. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm. Acesso em 19 de maio de 2021.

BRASIL. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 23 dez. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 23 maio 2021.

BRASIL. **Saúde Mental em Dados**. 12. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 48 p.

BRASIL. Nota Técnica nº 11, de 2019. **Esclarecimentos Sobre As Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional Sobre Drogas**. Brasília, 2019a. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 23 maio 2021.

BRASIL. Decreto nº 9761, de 11 de abril de 2019. **Política Nacional Sobre Drogas**. Brasília, 11 abr. 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 26 maio 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Beneficiários dos Planos de Saúde por cobertura assistencial**. Brasília: Agência Nacional de Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em 04 abr. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. [S/L]: Cortez, 2006. p. 1-24.

BRU, Gabriela Silvina. SUJETOS, CONCEPTOS Y MODELOS: REFLEXIONES SOBRE LAS NORMATIVAS JURÍDICAS EN EL CAMPO SALUD MENTAL (ARGENTINA). **Revista Inclusiones: Revista de humanidades y ciencias sociales**, Santiago de Chile, v. 4, n. 1, p. 108-121, jan./abr. 2017.

CÁCERES, Carmen Mercedes; GRANJA, Guadalupe; OSELLA, Natalia Paola; PERCOVICH, Nadia Marina. **Derechos humanos en salud:** en el camino de la implementación de la ley nacional de salud mental. Lanús: Adesam, 2017. 68 p.

CAMARGO, Juliane Cristine de; PREUSS, Lislei Teresinha. SAÚDE MENTAL NO BRASIL E ARGENTINA: ALGUMAS APROXIMAÇÕES. In: II SIMPÓSIO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS, 2., 2017, Ponta Grossa. **Anais [...]**. Ponta Grossa: Uepg, 2017. v. 1, p. 1-9.

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

CAMPODÓNICO, Nicolás. La configuración de las políticas públicas en Argentina. Desde la profesionalización de la Psicología hasta la Ley de Salud Mental (1954–2010). **Coordenadas: Revista de Historia Local y Regional**, [S/L], v. 2, n. 2, p. 67-89, dez. 2018.

CAMPODÓNICO, Nicolás. El Impacto de las políticas públicas en Salud Mental en la construcción de la identidad y práctica del psicólogo argentino (1954 – 2010). **Perspectivas En Psicología**, Mar del Plata, v. 16, n. 1, p. 38-47, 13 fev. 2019.

CANET, Julia; MAZZEO, Carina. Ley de Salud Mental: cambio de paradigma y cuentas pendientes. **Microjuris**, Buenos Aires, p. 1-5, 11 out. 2016.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978

CARNEIRO, Ricardo; MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Gestão pública no século XXI: as reformas pendentes. In: CRUZ, Fundação Oswaldo. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, estado e políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 135-194.

CHIARVETTI, Silvia. La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente: hacia la construcción de una política en salud mental. **Revista Argentina de Clínica Psicológica**, Buenos Aires, v. 17, n. 2, p. 173-182, nov. 2008.

CLEMENTINO, Francisco de Sales; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de; PESSOA JÚNIOR, João Mário; MARCOLINO, Emanuella de Castro; SILVA JÚNIOR, José Antônio da; BRANDÃO, Gisetti Corina Gomes. ATENDIMENTO INTEGRAL E COMUNITÁRIO EM SAÚDE MENTAL: avanços e desafios da reforma psiquiátrica. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1-14, 23 mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00177>.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 1-20, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

DANANI, Claudia. El sistema de protección social argentino entre 2002 y 2013: buscando el modelo que nunca tuvo. **Revista Uruguaya de Ciencia Política**, Montevideo, v. 22, n. [1], p. 113-134, nov. 2013.

DE OLIVEIRA NUNES, M. et al. Psychiatric reform and counter-reform: An analysis of a socio-political and sanitary crisis at National and Regional level. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019.

DARAY, Federico Manuel. La oportunidad de transformar el modelo de atención en salud mental de la Argentina en un modelo basado en fundamentos científicos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental. **Vertex: Revista argentina de psiquiatría**, Buenos Aires, v. 26, n. 123, p. 382-389, out. 2015.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, Maria Lucia Magalhães; MARTINEZ, Francisco Javier Mercado. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. Cap. 2. p. 99-120.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. 196 p.

DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES. **RESOL-2019-715-APN-SGS#MSYDS: PAUTAS para la ORGANIZACION y FUNCIONAMIENTO de DISPOSITIVOS de SALUD MENTAL**. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo

Social, 2019. 88 p. Disponível em: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/pautas-organizacion-funcionamiento-salud-mental-2019.pdf>. Acesso em: 21 maio 2021.

ELIAS, Claudia de Souza Rodrigues; SILVA, Leandro Andrade da; MARTINS, Mirian Teresa de Sá Leitão; RAMOS, Neide Ana Pereira; SOUZA, Maria das Graças Gazel de; HIPÓLITO, Rodrigo Leite. Quando chega o fim? uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. **Revista Electrónica En Salud Mental, Alcohol y Drogas**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 48-53, abr. 2012.

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva; SAMPAIO, Juliana; SOUZA, Adelle Conceição do Nascimento; OLIVEIRA, Dilma Lucena de; GOMES, Luciano Bezerra. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 21, n. 61, p. 373-384, 24 out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>.

FORTALEZA, Prefeitura. **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS**. Catálogo de Serviços, Fortaleza: 2023. Disponível em: <https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/categoria/saude/servico/321> (Acesso em 6 jul. 2023).

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FUSCH, Patricia I.; NESS, Lawrence R.. Are We There Yet?: data saturation in qualitative research. **The Qualitative Report**, [S/L], v. 20, n. 9, p. 1408-1416, nov. 2015.

GADAMER, Hans-Georg. A extensão da questão da verdade à compreensão das ciências do espírito. In: GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 272-558.

GERLERO, Sandra S.; AUGSBURGER, Ana C.; DUARTE, María P.; ESCALANTE, Miguel A.; IANOWSKI, María V.; MUTAZZI, Eduardo C.; YANCO, Débora I.. Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental en Argentina. **Revista Argentina de Salud Pública**, [s. l], v. 1, n. 2, p. 24-29, mar. 2010.

GERLERO, Sandra S.; AUGSBURGER, Ana C.; DUARTE, María P.; GÓMEZ, Raúl A.; YANCO, Débora I.. Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud de grandes centros urbanos en Argentina (2010). **Revista Argentina de Salud Pública**, Buenos Aires, v. 2, n. 9, p. 24-29, nov. 2011.

GLANC, Pablo. Un nuevo paradigma en salud mental. **Bordes**, José C. Paz, v. 6, n. 8, p. 9-17, nov. 2017.

GOFFMAN, Erving. **Asylums**: essays on the condition of the social situation of mental patients and other inmates. New York: Doubleday & McClure, 1961. 386 p.

GREIF, Avner; LAITIN, David D.. A Theory of Endogenous Institutional Change. **American Political Science Review**, Cambridge, v. 98, n. 4, p. 633-652, nov. 2004.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R.. AS TRÊS VERSÕES DO NEO-INSTITUCIONALISMO. **Lua Nova: Revista de cultura e Política**, [s. l], v. 1, n. 58, p. 193-223, nov. 2003

HENAO, Silvia; QUINTERO, Sebastián; ECHEVERRI, Jonathan; HERNÁNDEZ, Jonathan; RIVERA, Eliana; LÓPEZ, Stephanie. Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, [S.L.], v. 34, n. 2, p. 184-192, 2 maio 2016. Universidad de Antioquia. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07>.

HEREDIA, Mariana; BARCALA, Alejandra. Representaciones y prácticas de profesionales de la guardia de un hospital pediátrico de la ciudad de Buenos Aires. **Revista Argentina de Salud Pública**, Buenos Aires, v. 8, n. 30, p. 13-19, 12 abr. 2017.

IMMERGUT, Ellen M.. O núcleo teórico do novo institucionalismo. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. **Políticas Públicas–Coletânea**. Brasília: Enap, 2007. p. 115-195.

LEAL, Bruna Molina; ANTONI, Clarissa de. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, [S/L], v. 40, n. 1, p. 87-101, set. 2013.

LELLIS, Martin de. Salud mental en la agenda de las políticas públicas de salud. **Aletheia**, [S/L], p. 8-23, abr. 2014.

LIEBERMAN, Robert C.. Ideas, Institutions, and Political Order: explaining political change. **The American Political Science Review**, [s. l], v. 96, n. 4, p. 697-712, dez. 2002.

MACHADO, Cristiani Vieira. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 7, p. 2197-2212, jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.08362018>.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 143-161, 2 out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00129616>.

MAGALDI, Felipe. Una estampida general: ciencias sociales, salud mental y política en argentina y en brasil desde el exilio de gregorio baremlitt en los 1970. In: XI SEMINARIO INTERNACIONAL POLÍTICAS DE LA MEMORIA, 9., 2018, Buenos Aires. **Anales**. Buenos Aires: Centro Cultural de La Memoria Haroldo Conti, 2018. p. 1-11.

MAHONEY, James; THELEN, Kathleen. A Theory of Gradual Institutional Change. **Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power**, Evanston, v. 1, n. 1, p. 1-37, out. 2007.

MALTERUD, Kirsti; SIERSMA, Volkert Dirk; GUASSORA, Ann Dorrit. Sample Size in Qualitative Interview Studies. **Qualitative Health Research**, [S.L.], v. 26, n. 13, p. 1753-1760, 10 jul. 2016. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732315617444>.

MARAZINA, Isabel Victoria. **A saúde mental pública na América Latina. Estudo comparativo dos sistemas de saúde mental de Argentina e Brasil.** 2011. 267 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MARQUES, Rosa Maria. Políticas de transferência de renda no Brasil e na Argentina. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 289-314, 6 ago. 2012.

MARTINEZ, Francisco Javier Mercado; BOSI, María Lucía Magalhães. Introdução: notas para um debate. In: BOSI, María Lucía Magalhães; MARTINEZ, Francisco Javier Mercado. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 23-71.

MARTÍNEZ-SALGADO, Carolina. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 613-619, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000300006>.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Federalismo e Política de Saúde na Argentina e no Brasil. In: 9º CONGRESSO LATINOAMERICANO DE CIÊNCIA POLÍTICA, 9., 2017, Montevideu. **Anais [...]**. Montevideu: Alacip, 2017. p. 1-29.

MINAYO, María Cecilia de S.. La etapa de análisis en los estudios cualitativos. In: MERCADO, Francisco J.; GASTALDO, Denise; CALDERÓN, Carlos. **Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica: métodos, análisis y ética.** Ciudad de México: Universidad de Guadalajara, 2002. p. 239-269.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. AMOSTRAGEM E SATURAÇÃO EM PESQUISA QUALITATIVA: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa.**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, António Pedro. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, [s. l], v. 40, n. 8, p. 139-153, jul. 2018.

MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL. **ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD REPÚBLICA ARGENTINA: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD REPÚBLICA ARGENTINA.** Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018. 123 p.

NANNO, Antonio Eduardo di. Hacia la construcción de una política en salud mental: rescatar la historia, destacar los logros del federalismo, fortalecer la institucionalidad. **Revista Argentina de Clínica Psicológica**, Buenos Aires, v. 17, n. 2, p. 155-166, nov. 2008.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; FAGUNDES, Helenara Silveira; ALONSO, Celmira Bentura; CERCHIARO, Elizabeth Ortega; CENTENO, Jorge Hugo; JACQUIER, Nora Margarita; AGUERO, Stella Mary Garcia; GARCIA, Maria del Carmen. POLÍTICAS DE SAÚDE NOS PAÍSES DO MERCOSUL: um retorno à universalidade?. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 145-156, 23 mar. 2015.

NUNES, Mônica de Oliveira; LIMA JÚNIOR, João Mendes de; PORTUGAL, Clarice Moreira; TORRENTÉ, Maurice de. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 12, p. 4489-4498, dez. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>.

OMS/OPS. Constituição (1990). Declaração nº [s/l], de 14 de novembro de 1990. **Declaração de Caracas**. Caracas.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe sobre la salud en el mundo 2001 salud mental. nuevos conocimientos, nuevas esperanzas**. [s.l.: s.n.].

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 29, n. 10, p. 1927-1936, out. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00099513>.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, [S.L.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, maio 2011. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60054-8)

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Health in the Americas+ : Summary: Regional Outlook and Country Profiles. [s.l.] Pan American Health Organization, 2017.

PAULON, Simone Mainieri; OLIVEIRA, Carmen Silveira de; FAGUNDES, Sandra Maria Sales. **25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018. 348 p.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa. A política de saúde mental brasileira em tempos neoliberais: projetos em disputa. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 26, n. 1, p. 72-87, 18 nov. 2019. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2249>. Acesso em: 26 maio 2021.

PERISSINOTTO, Renato. Comparação, história e interpretação: por uma ciência política histórico-interpretativa. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 28, n. 83, p. 151-240, out. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/GF3pXGjJhVx7HPQBcwH5kkL/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

PIERSON, Paul; SKOCPOL, Theda. EL INSTITUCIONALISMO HISTÓRICO EN LA CIENCIA POLÍTICA CONTEMPORÁNEA: historical institutionalism in contemporary political science. **Revista Uruguaya de Ciencia Política**, Montevideo, v. 17, n. 1, p. 7-38, nov. 2008.

PITTA, Ana Maria Fernandes; GULJOR, Ana Paula. A VIOLÊNCIA DA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do Ceas: Revista crítica de humanidades**, [S.L.], n. 246, p. 6, 28 jun. 2019. Universidade Católica de Pernambuco. <http://dx.doi.org/10.25247/2447-861x.2019.n246.p6-14>.

POWELL, Walter W.; BROMLEY, Patricia. New Institutionalism in the Analysis of Complex Organizations. In: WRIGHT, James. **International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences**. 2. ed. Winter Springs: Elsevier, 2015. p. 764-769.

RAZZOUK, Denise; ZORZETTO, Ricardo; DUBUGRAS, Maria Thereza; GEROLIN, Jerônimo; MARI, Jair de Jesus. Leading countries in mental health research in Latin America and the Caribbean. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 118-122, 11 maio 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462006005000042>.

REZENDE, Flávio da Cunha. CONVERGÊNCIAS E CONTROVÉRSIAS SOBRE A MUDANÇA INSTITUCIONAL: modelos tradicionais em perspectiva comparada. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 20, n. 41, p. 37-51, fev. 2012.

ROSENDO, Ernestina. Legislación argentina en salud mental: convergencias y divergencias en torno a las reformas en salud mental. **Revista Virtual de La Facultad de Psicología y Psicopedagogía de La Universidad del Salvador**, Buenos Aires, v. 32, n. 1058, p. 130-144, nov. 2013.

ROSENDO, Ernestina. Ideología y reforma: legislación en salud mental en argentina.. In: VI CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA XXI JORNADAS DE INVESTIGACIÓN DÉCIMO ENCUENTRO DE INVESTIGADORES EN PSICOLOGÍA DEL MERCOSUR., 6., 2014, Buenos Aires. **Anales del VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología**. Buenos Aires: Uba, 2014. p. 160-163.

SAMPAIO COELHO, J. J.; GUIMARÃES XIMENES, M. J.; MESQUITA DE ABREU, L. Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará. [s.l.: s.n.].

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista. **METODOLOGÍA de la investigación**. 5. ed. Ciudad de México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, 2010. 656 p.

SARACENO, B. O futuro da psiquiatria e da saúde mental. **SAÚDE DEBATE**, v. 44, n. 3, p. 29–32, 2020.

SÁTYRO, Natália Guimarães Duarte; D'ALBUQUERQUE, Raquel Wanderley. O que é um Estudo de Caso e quais as suas potencialidades. **Sociedade e Cultura**, [S.L.], v. 23, p. 1-33, 18 maio 2020. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/sec.v23i.55631>.

SÁTYRO, Natália Guimarães Duarte; FREITAS, Rosiene Maria de; BARBOSA, Pedro Mendes Rufino; ZANETTI, Danúbia Godinho. Na Onda Rosa: estudo comparativo das reformas de educação, saúde e assistência na Argentina, Chile e Uruguai. In: 8º CONGRESO LATINO AMERICANO DE CIENCIA POLÍTICA, 8., 2015, Lima. **Anais [...]**. Lima: Alacip, 2015. p. 1-32.

SOARES, Márcia Miranda; MACHADO, José Ângelo. FEDERALISMO E POLÍTICAS SOCIAIS NA ARGENTINA E NO BRASIL. In: 10º ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIAS POLÍTICAS, 10., 2016, Belo Horizonte. **Anais [...]**. Belo Horizonte: Abcp, 2016. p. 1-27.

SOARES, Lorena Sousa; RODRIGUES, Lellen Dantas Campos Verdes; MARTINS, Lígia Nara; SILVEIRA, Flávia Dayana Ribeiro da; FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes. Literature review: particularities of each type of study. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí**, Teresina, v. 8, n. 14, p. 14-18, dez. 2013.

SOSA, María Silvina. Análisis del Modelo de Atención en Salud Mental en los países Estados Partes del Mercosur. **Revista Ciencias de La Salud**, Buenos Aires, v. 5, n. 2, p. 22-29, nov. 2015.

STOLKINER, Alicia. Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. **Medicina Social**, Montevideo, v. 5, n. 1, p. 89-95, 1 mar. 2010.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pinel e o nascimento do alienismo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, ago. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v19n2/v19n2a12.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

THORNICROFT, G. et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *British Journal of Psychiatry* Royal College of Psychiatrists, , 1 fev. 2017.

TONG, Allisong; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal For Quality In Health Care**, [S.L.], v. 19, n. 6, p. 349-357, 16 set. 2007. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.

UNITED NATIONS. COVID-19 and the Need for Action on Mental Health 13 M AY 2 0 2 0. [s.l: s.n.].

VICTORA, Cesar G; BARRETO, Mauricio L; LEAL, Maria do Carmo; A MONTEIRO, Carlos; SCHMIDT, Maria Ines; PAIM, Jairnilson; BASTOS, Francisco I; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; TRAVASSOS, Claudia. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **The Lancet**, [S.L.], v. 377, n. 9782, p. 2042-2053, jun. 2011. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60055-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60055-x).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WORLD REPORT ON DISABILITY**. [S/L]: Who Library Cataloguing-In-Publication Data, 2011. 350 p. Disponível em: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf. Acesso em: 26 maio 2021.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA (PORTUGUÊS)

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA GESTORES E GESTORAS

Objetivo: aprofundar nas percepções e experiências de gestores e gestoras, sobre as mudanças em políticas públicas em saúde mental.

Nome da entrevistadora: _____

Lugar da entrevista: _____ Município _____

Data e hora da entrevista: ____/____/____ Duração: _____

1. Informações gerais

Nome do/da participante: _____

Localização da residência: Estado _____ e Município _____

Escolaridade (Grau máximo cursado): _____

Profissão: _____ Tempo de atuação na profissão: _____

Instituição de trabalho: _____

Tempo de atuação nesse trabalho: _____

2. A situação da rede e serviços de saúde mental

Como você descreveria a rede de saúde mental no Ceará?

Por favor, fale sobre os objetivos, características e funcionamento do serviço de saúde mental que você trabalha na atualidade.

Quais desafios você percebe para a organização deste serviço?

Como o serviço responde às demandas de sofrimento psíquico?

3. As políticas públicas em saúde mental

O que você pensa sobre a política pública em saúde mental nos últimos 10 anos?

Você identifica mudanças relevantes neste período? Se sim, quais? Que fatos relevantes ocorreram?

Como você explica essas mudanças? Quais fatores levaram a essas mudanças (quais atores estiveram envolvidos, quais regras foram desenvolvidas e como mudaram os serviços).

Como elas implicam na atenção à saúde de pessoas com sofrimentos psíquicos?

Na sua perspectiva, o que seria necessário alterar e/ou manter na política de saúde mental atual? Como isso seria viável?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA (ESPANHOL)

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA GESTORES Y GESTORAS

Objetivo: Profundizar las percepciones y experiencias de los gestores y gestoras sobre los cambios en las políticas públicas en salud mental.

Nombre de la entrevistadora: _____

Lugar de la entrevista: _____ Municipio _____

Fecha y hora de la entrevista: ____/____/____ Duración: _____

1. Informaciones generales

Nombre del/a participante: _____

Lugar de residencia: Provincia _____ y Município _____

Escolaridad (Grado máximo cursado): _____

Profesión: _____ Tiempo de actuación en la profesión: _____

Institución de trabajo: _____

Tiempo de actuación en el puesto: _____

2. La situación de la red y servicios de salud mental

¿Cómo describiría la red de salud mental en Río Negro?

Por favor, hable sobre los objetivos, características y funcionamiento del servicio de salud mental en el que trabaja actualmente.

¿Cuáles desafíos percibe en la organización de este servicio?

¿Cómo el servicio responde a las demandas de padecimientos mentales?

3. Las políticas públicas de salud mental

¿Cuál es su opinión respecto a la política pública en salud mental en los últimos 10 años?

¿Identifica cambios relevantes en este período? Si sí, cuáles? Que hechos relevantes ocurrieron?

¿Cómo explica estos cambios? ¿Cuáles factores llevaron a esos cambios (cuáles actores estuvieron involucrados, cuáles reglas fueron creadas y cómo cambiaron los servicios)?

¿Qué implican, en la atención a la salud de personas con padecimientos mentales, estos cambios?

En su opinión, ¿Qué cambios todavía cree que son necesarios? Cómo serían viables esos cambios?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (PORTUGUÊS)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por mim, **Lucía Belén Pérez** como participante da pesquisa intitulada **“SAÚDE MENTAL NA ARGENTINA E NO BRASIL: PERSPECTIVAS DE GESTORES E GESTORAS SOBRE MUDANÇAS NAS POLÍTICAS NO PERÍODO DE 2010 A 2020”**. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Trata-se de uma pesquisa em desenvolvimento no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, sob orientação da Profa. Dra. Carmem Emmanuely Leitão Araújo. O estudo tem por objetivo compreender as mudanças recentes nas políticas públicas de saúde mental do Brasil e da Argentina e suas implicações na atenção à saúde de pessoas com sofrimento mental a partir das percepções e experiências de gestores/as de serviços da Rede de Saúde Mental da província de Río Negro (Argentina) e o estado do Ceará (Brasil), adotando como período de análise os anos 2010 - 2020. Se você concordar em participar, será parte de uma entrevista, no horário e local de acordo com sua disponibilidade. Com sua permissão, a entrevista será gravada e transcrita; posteriormente também será dado um retorno acerca da análise realizada no projeto e as conclusões alcançadas. Destaco ainda que, a qualquer momento você poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Sua participação no estudo não oferece benefícios diretos a você, mas poderá contribuir na compreensão das mudanças nas políticas públicas de saúde mental, seus obstáculos e facilitadores, e possibilitar propostas para a abordagem da problemática.

Durante a entrevista você pode se sentir inseguro, ansioso ou constrangido. Para minimizar os riscos, a realização dos procedimentos será em um ambiente reservado. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e seu nome não será divulgado em nenhum momento.

Garantimos que sua identidade será confidencial. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto às pesquisadoras envolvidas. Sua participação é voluntária e não contempla custo ou pagamento; também, não haverá compensação financeira relacionada a sua participação.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Lucía Belén Pérez

Instituição: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública.

Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608 - Bloco Didático, 5º andar. Bairro Rodolfo Teófilo - Fortaleza, Ceará Brasil - CEP: 60.430-140

Telefones para contato: +55 85 3366-8045

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPEQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPEQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha	Data	Assinatura
(se o voluntário não souber ler)		
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

**APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(ESPANHOL)**

TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (TCI)

Usted está siendo invitado por mi, **Lucía Belén Pérez** como participante del proyecto de investigación titulado **“SAÚDE MENTAL NA ARGENTINA E NO BRASIL: PERSPECTIVAS DE GESTORES E GESTORAS SOBRE MUDANÇAS NAS POLÍTICAS NO PERÍODO DE 2010 A 2020”**. No debe participar en contra de tu voluntad. Lea atentamente la información a continuación y haga cualquier pregunta que desee, para que sean aclarados todos los procedimientos de esta investigación.

Se trata de una investigación en desarrollo en el Programa de Posgrado en Salud Pública de la Universidad Federal de Ceará, bajo la dirección de la Prof. Dra. Carmem Emmanuely Leitão Araújo. El estudio tiene como objetivo comprender los cambios recientes en las políticas públicas de salud mental en Brasil y Argentina y sus implicaciones para la atención de la salud de las personas con padecimientos mentales a partir de las percepciones y experiencias de gestores y gestoras de servicios de la Red de Salud Mental de la provincia de Río Negro (Argentina) y del estado de Ceará (Brasil), adoptando como período de análisis el intervalo entre los años 2010 - 2020. Si acepta participar, será parte de una entrevista, en momento y lugar acorde a su disponibilidad. Con su permiso, la entrevista será grabada y transcrita; posteriormente también se le dará una devolución acerca del análisis realizado y las conclusiones alcanzadas. En cualquier momento, puede negarse a seguir participando en la entrevista y/o retirar su consentimiento, sin ser perjudicado.

Su participación en el estudio no le ofrece beneficios directos, pero puede contribuir a la comprensión de los cambios en las políticas públicas de salud mental, sus obstáculos y facilitadores, y posibilitar propuestas para abordar el tema.

Durante la entrevista puede sentirse inseguro o ansioso. Para minimizar los riesgos, los procedimientos se realizarán en un entorno privado. Toda la información obtenida se mantendrá confidencial y su nombre no se divulgará en ningún momento.

Le garantizamos que su identidad será confidencial. La información obtenida a través de su participación no permitirá la identificación de su persona, a excepción de los investigadores involucrados. Su participación es voluntaria y no incluye costos ni pagos. No habrá compensación financiera relacionada con su participación.

Dirección de la responsable por la investigación:

<p>Nombre: Lucía Belén Pérez</p> <p>Institución: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública.</p> <p>Dirección: Rua Professor Costa Mendes, 1608 - Bloco Didático, 5º andar. Bairro Rodolfo Teófilo - Fortaleza, Ceará Brasil - CEP: 60.430-140</p> <p>Telefonos para contato: +55 85 3366-8045</p>
--

<p>ATENCIÓN: Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su participación en la encuesta, comuníquese con el Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horario: 08:00-12:00 horas de lunes a viernes).</p> <p>El CEP/UFC/PROPESQ es la instancia de la Universidad Federal de Ceará responsable de la evaluación y seguimiento de los aspectos éticos de toda investigación que involucre seres humanos.</p>

El abajo firmante _____, ____ años, DNI: _____, declara que es por su propia voluntad que participa en una investigación. Declaro que he leído detenidamente este Formulario de Consentimiento Libre e Informado y que, luego de leerlo, tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido, así como sobre la investigación, y recibí explicaciones que respondieron plenamente a mis dudas. Y también declaro que estoy recibiendo una copia firmada de este término.

(Ciudad), ____/____/____

Nombre del participante	Fecha	Firma
Nombre de la investigadora	Fecha	Firma
Nombre de testigo	Fecha	Firma
(caso el voluntario no sepa leer)	Fecha	Firma
Nombre del profesional que aplicó el TCI	Fecha	Firma

APÊNDICE F - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ****TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS**

Os pesquisadores do projeto de pesquisa intitulado **“SAÚDE MENTAL NA ARGENTINA E NO BRASIL: PERSPECTIVAS DE GESTORES E GESTORAS SOBRE MUDANÇAS NAS POLÍTICAS NO PERÍODO DE 2010 A 2020”** comprometem-se a preservar a privacidade dos dados construídos a partir das entrevistas realizadas no contexto do projeto de pesquisa, concordam e assumem a responsabilidade de que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. Comprometem-se, ainda, a fazer a divulgação das informações coletadas somente de forma anônima e que a coleta de dados da pesquisa somente será iniciada após aprovação do sistema CEP/CONEP.

Salientamos, outrossim, estarmos cientes dos preceitos éticos da pesquisa, pautados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Pesquisador Principal