

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Carolina de Corrêa Marques

**SAÚDE MENTAL NO MERCOSUL:  
uma revisão documental**

PORTO ALEGRE - RS  
AGOSTO/2014

CAROLINA DE CORRÊA MARQUES

**SAÚDE MENTAL NO MERCOSUL:  
uma revisão documental**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristianne Famer Rocha

PORTO ALEGRE - RS

AGOSTO/2014

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>04</b>
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	06
1.2 JUSTIFICATIVA.....	06
1.3 OBJETIVOS .....	08
<b>1.3.1 Objetivo geral .....</b>	<b>08</b>
<b>1.3.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>08</b>
<b>2 SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>09</b>
<b>3 O MERCOSUL .....</b>	<b>11</b>
3.1 QUADRO SÍNTESE DOS PAÍSES MEMBROS DO MERCOSUL .....	12
3.2 SISTEMAS DE SAÚDE DOS PAÍSES DO MERCOSUL .....	13
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>16</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>18</b>
<b>6 CONCLUSÕES .....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A escolha do tema para o Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Pública tem relação direta com meu interesse no campo da Saúde Mental, da minha formação como psicóloga e o desenvolvimento da minha atuação profissional desde então. O desejo de conhecer mais a realidade da Saúde Mental e apresentar como é considerada, contextualizada no seu percurso histórico, nos avanços e entraves ao seu crescimento sempre me acompanharam e encontraram espaço neste momento.

Mesmo com o crescimento das técnicas e o desenvolvimento de teorias clínicas para o tratamento das “doenças” psíquicas, das formas de amenizar o sofrimento emocional existentes, de compreender a “alienação” mental e promover meios de tratamento humanizados e comunitários, na prática ainda encontramos um distanciamento muito grande entre toda a evolução no campo teórico e mesmo de algumas experiências positivas em alguns países. São raros os espaços para a promoção da Saúde Mental, continuamos “tratando” os diferentes, colocando-os em categorias, nomeando patologias e prescrevendo medicações que prometem a cura, a “normalização”.

A Saúde Mental é um elemento constituinte da integralidade da saúde que, segundo a Organização Mundial da Saúde, é definida como “um estado de bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou enfermidades” (OMS, 1946). A Saúde Mental permite realizar as capacidades cognitivas, afetivas e relacionais. Como campo de conhecimento e atuação técnica, é complexa e intersetorial, pois envolve diversas áreas do conhecimento.

Mesmo com toda sua importância para o desenvolvimento do bem-estar e equilíbrio da saúde das pessoas, a Saúde Mental vem sendo deixada de lado, historicamente, pelos governos no que diz respeito a investimentos, programas, oferta de serviços e leis que regulamentam as políticas públicas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), no Programa Mundial de Ação em Saúde Mental, há um total descaso, de maneira global para o tema, já que países ricos e pobres não dão a devida atenção à Saúde Mental da população.

No Relatório Mundial da Saúde, a OMS (2001) indica que as consequências desse abandono são facilmente percebidas na incidência crescente de doenças como a depressão, a esquizofrenia e no consumo abusivo de substâncias psicoativas, elevando o número de pessoas incapacitadas ou afastadas das atividades laborais, além da

exposição às situações de vulnerabilidade, ainda agravadas pela falta de acesso à educação e à saúde, mantendo situações de pobreza e muitas vezes de violação de direitos.

O Brasil, a exemplo de outros países, a partir do final da década de 80, vem implantando um novo modelo de atenção à Saúde Mental. Desde a criação do Sistema Único de Saúde, SUS, as condições para uma nova política de Saúde Mental têm se estabelecido. Muito lentamente, foram criados serviços de atenção comunitária, pública, de base territorial.

Este texto pretende analisar comparativamente a temática Saúde Mental no Brasil e nos países membros do MERCOSUL (Argentina, Uruguai, Paraguai e Venezuela), nos seus planos, programas e serviços nacionais de Saúde Mental e, ainda, identificar quais leis existem (se existem) para regulamentar tais ações e que garantam os direitos dos usuários dos serviços e seus familiares, das pessoas com transtornos mentais.

A partir dos compromissos firmados pela Assembleia Mundial de Saúde da OMS, desde 2001, ano em que a Saúde Mental foi escolhida como tema, e reafirmados na 65.<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde da OMS, em 2012, nos Programas criados, referentes à Saúde Mental, como o Programa de Ação Mundial em Saúde Mental (OMS, 2002)<sup>1</sup>, que foi redigido logo após o Relatório Mundial da Saúde (OMS, 2001) e, depois com a nova redação deste mesmo Programa, *Acción para superar las brechas em Salud Mental* (OMS, 2008), ampliando as recomendações da Política de Saúde Mental Mundial para todos os países, como referencial das estratégias para uma melhor cobertura de atendimento em Saúde Mental no mundo, tem início a análise proposta por este estudo.

---

<sup>1</sup>Mental Health Global Programme - mhGAP (OMS, 2002).

## 1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Como, de maneira geral, a Saúde Mental é considerada nos Países do MERCOSUL (Brasil, Uruguai, Argentina, Paraguai e Venezuela)? Para responder a esta questão central, fazemos duas outras perguntas, complementares à primeira:

- Como a Saúde Mental é apresentada nos Planos Nacionais de Saúde?
- A Saúde Mental é regulamentada através de legislação específica?

## 1.2 JUSTIFICATIVA

A Saúde Mental como campo de atuação técnica é plural, pois envolve sujeitos, sociedades e culturas. O tratamento das pessoas com transtornos mentais, por longo período, esteve associado à internação em hospitais psiquiátricos, a tratamentos de exclusão, contenção da loucura e isolamento da pessoa que era acometida pela “doença mental”. Como considera Amarante (2013, p. 103):

Por mais de duzentos anos, a relação que a sociedade ocidental manteve com as pessoas em sofrimento psíquico foi mais ou menos a mesma: longas e intermináveis internações em hospitais psiquiátricos, caracterizados pelo abandono ou pelos atos de violência. O conceito de alienação mental (assim como suas derivações posteriores, doença e transtorno mental) implicou atitudes sociais negativas, de medo e rejeição, devido às concepções dele decorrentes, tais como a periculosidade, incapacidade, irracionalidade, sempre estigmatizantes e discriminatórias.

A partir do final da Segunda Guerra Mundial, essa realidade começou a mudar. Experiências de Reforma da Assistência Psiquiátrica começaram a se multiplicar pelo mundo. Na América do Sul, no final da década de 80, o Brasil e outros países seguem o mesmo caminho, definindo uma nova política de Saúde Mental que redireciona os recursos da assistência psiquiátrica, gradativamente, para modelos substitutivos de base comunitária.

Cada país com suas peculiaridades, o enfoque passou a ser a comunidade. O marco para essas mudanças nas Américas foi a Declaração de Caracas (OMS, 1990), que teve seus compromissos reafirmados em 2005, na comemoração dos 15 anos de Caracas, que aconteceu em Brasília.

A Declaração propôs mudanças na atenção, legislação e na formação dos profissionais de saúde. Criou o compromisso da construção de uma rede de serviços

comunitários de Saúde Mental em substituição aos hospitais psiquiátricos, da criação de leis que assegurem o acesso à atenção integral das pessoas com transtornos mentais, além de promover a formação das equipes de Saúde Mental de bases comunitárias.

Ainda que saibamos dos avanços realizados (e desejados) no Brasil e que o marco – a Declaração de Caracas (OMS, 1990) – para tais mudanças tenha sido realizado no âmbito de um impulso regional, nas Américas, pouco sabemos a respeito de como esta temática tem sido considerada nos países limítrofes ao Brasil e que compõem o MERCOSUL (Uruguai, Argentina, Paraguai e Venezuela). Por este motivo, justificamos a importância desta pesquisa, considerando-se a intenção de estudarmos o tema à luz da sociedade global em que vivemos.

Esperamos assim que estudos comparativos, como o aqui proposto, permitam-nos analisar a temática com outros elementos, indicadores, perspectivas e estratégias, possibilitando-nos melhor compreender os avanços e desafios da Saúde Mental no Brasil.

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo geral

- Analisar comparativamente as estratégias da área saúde mental nos países membros do MERCOSUL, a partir de 2001 até os dias de hoje.

### 1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar os planos, os programas e a legislação sobre Saúde Mental existentes nestes países;
- Identificar as ações de Saúde Mental atualmente realizadas nos países do MERCOSUL;
- Apontar as perspectivas de proteção, promoção e respeito aos direitos das pessoas com transtornos mentais e acesso aos serviços de saúde mental nos níveis dos sistemas nacionais de saúde de cada um dos países membros do MERCOSUL.



## 2 SAÚDE MENTAL

A Saúde Mental é um estado de bem-estar onde o indivíduo está consciente das suas próprias capacidades, podendo tomar decisões em relação à própria vida, organizar-se internamente e organizar o que está a sua volta. Envolve aspectos subjetivos dos sujeitos: sua cultura, sua sociedade, entre tantos outros aspectos da vida.

A OMS reconhece a necessidade do enfrentamento dos transtornos mentais e a urgência no estabelecimento de ações de promoção da saúde (OMS, 2012). A Saúde Mental foi, e continua sendo, descuidada pela maioria dos países, sejam eles desenvolvidos ou não. É reconhecido que o déficit de tratamento dos transtornos mentais é elevado. Nos países em desenvolvimento, entre 76% e 85% das pessoas com transtornos mentais graves não recebem tratamento algum para seus problemas e, nos países desenvolvidos, entre 35% e 50%, segundo dados da Resolução WHA65/10, da 65.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 25 de maio de 2012.

Por ser a Saúde Mental fundamental para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, a OMS criou o Programa Mundial de Ação em Saúde Mental (OMS, 2002). Uma estratégia para mobilizar o comprometimento dos países para que assumissem as suas responsabilidades no âmbito da saúde pública. Tal Programa tem o objetivo de corrigir a defasagem existente das urgentes necessidades de ação em Saúde Mental (OMS, 2002).

Desde então, a OMS ocupa-se em criar alianças que alavanquem a capacidade dos países para enfrentar, de forma integrada, a estigmatização e o peso dos transtornos mentais na população. E tem o objetivo de ampliar os serviços relacionados aos transtornos mentais, neurológicos e devidos ao consumo de substâncias psicoativas, principalmente nos países em desenvolvimento.

Infelizmente, ainda são difundidas informações equivocadas sobre os transtornos mentais, como a ideia de que as pessoas são violentas, baseadas em um modelo moral, que são doenças incuráveis ou que o indivíduo é “fraco” e não deseja a cura, o que perpetua o preconceito e a discriminação, facilmente identificados na negação dos sintomas e na resistência pela busca de tratamento.

Segundo dados da OMS (2002), uma a cada quatro pessoas, ou seja, 25% da população sofre, em algum momento da vida, de pelo menos um transtorno mental. Os problemas de Saúde Mental constituem cinco das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo, sendo a depressão, o uso de substâncias psicoativas, a

esquizofrenia e a demência as principais afecções. Ainda importa considerar que, mesmo que os transtornos mentais afetem pessoas de todos os grupos sociais e países, os pobres são os mais afetados.

A melhora da Saúde Mental da população está diretamente ligada ao empenho dos governos na adoção de políticas e estratégias sistemáticas e continuadas para seu enfrentamento. O Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2001) recomenda dez soluções factíveis para responder às necessidades atuais relacionadas à Saúde Mental:

- Oferecer tratamento na Atenção Primária;
- Assegurar a disponibilidade de medicamentos psicotrópicos;
- Prestar assistência na comunidade;
- Educar o público;
- Envolver as comunidades, as famílias e os consumidores;
- Estabelecer políticas, programas e legislação em escala nacional;
- Desenvolver os recursos humanos;
- Estabelecer vínculos com os outros setores;
- Monitorar a saúde mental comunitária;
- Apoiar novas pesquisas.

O principal objetivo do Programa Mundial de Ação em Saúde Mental (OMS, 2002) é sensibilizar os governos a fim de definir e implantar políticas integrais e desenvolver serviços que respondam às suas necessidades. E os países membros do MERCOSUL, aqui estudados, são signatários das resoluções da OMS para a Saúde Mental.

### 3 O MERCOSUL

O Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) foi criado em 1991, pelo Tratado de Assunção. É formado pelo Brasil, Uruguai, Argentina, Paraguai e, mais recentemente, em 2012, pela Venezuela, chamados países membros. Fazem parte também Bolívia, Chile, Colômbia, Equador e Peru, como Estados associados e o México como Estado observador. Os países membros juntos somam cerca de 280 milhões de habitantes.

Figura 1: Mapa da América do Sul



Fonte: <http://www.estudopratico.com.br/mercosul-caracteristicas-e-objetivos/>


Além da integração econômica e do foco no desenvolvimento regional, o MERCOSUL também tem sua dimensão social. A realidade da atenção à Saúde Mental, neste contexto, começa a aparecer timidamente em alguns países, mais enfaticamente em outros, como no posicionamento do Uruguai em relação a políticas sobre drogas, demonstrando um despertar para a questão com repercussão em diversos países pelo mundo.

A urgência de investimento de recursos financeiros também encontra a necessidade de conhecer a realidade da capacidade de atendimento existente, neste caso, na América Latina e, mais especificamente, nos países membros do MERCOSUL. Como se apresenta a rede de cuidado em saúde mental, como é o acesso ao

tratamento, o que já é oferecido nessa região, há uma lacuna também de informações a esse respeito.

Na América Latina, a criação do mercado comum também assegurou uma reciprocidade de direitos e obrigações entre os países membros. Assim, a dimensão social do MERCOSUL desenvolve-se a partir do compromisso dos países membros em harmonizar suas legislações, nas áreas pertinentes, para lograr o fortalecimento do processo de integração, conforme rege o Tratado de Assunção (1991).

### 3.1 QUADRO SÍNTESE DOS PAISES MEMBROS DO MERCOSUL

	Brasil	Argentina	Uruguai	Paraguai	Venezuela
Ano de referência: 2010					
População/hab.	200.000.000	41.118.986	3.395.000	6.687.000	29.955.000
Organização do país	26 estados e o Distrito Federal	23 províncias e uma cidade autônoma	19 departamentos e a capital	17 departamentos e uma capital	23 estados e um Distrito Capital
Expectativa de vida	73,8 anos	75,2 anos	77 anos	74 anos	76 anos
Gasto total em saúde como % PIB	9 %	8,3 %	8,1 %	9,6 %	5,3 %
Gasto geral do governo em saúde como % do gasto total do governo	10,7 %	17,7 %	18,8 %	17,3 %	9 %
Gasto do governo em saúde per capita	U\$ 466	U\$ 489	U\$ 619	U\$ 126	U\$ 279

Fonte: Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013 (OMS) 2012, p. 132 - 139.

### 3.2 SISTEMAS DE SAÚDE DOS PAÍSES DO MERCOSUL

Os países membros do MERCOSUL apresentam indicadores de pobreza extrema combinados a grandes diferenças sociais. Conforme Moreira (2007), nas últimas duas décadas, há uma tendência, na região das Américas, de instalação de governos de “uma nova esquerda”, que coloca em questão as regras essencialmente capitalistas de organização, ao assumirem a representação de sujeitos sociais excluídos (indígenas, feministas, ambientalistas, etc), geralmente deixados de lado até mesmo pela esquerda tradicional.

Esses países, entre eles Brasil, Venezuela, Argentina e Uruguai, estabeleceram agendas políticas próprias, como o compromisso de defender os acordos de integração regional, os direitos humanos, a justiça social, a democratização da sociedade e do sistema político. Esse novo panorama político, a partir dos anos 2000, provocou efeitos evidentes na configuração dos governos e, como consequência, na direção das políticas públicas.

De acordo com Pereira et al. (2012), a ascensão desses governos representa uma ruptura com o paradigma neoliberal dominante até então, e o desenvolvimento de sistemas pautados em uma concepção de saúde enquanto direito de cidadania, pautados na universalidade.

O **Brasil** foi o primeiro a instituir um sistema público de caráter universal e equânime aos serviços de saúde, a partir da Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). E, desde 1996, adotou o Programa Saúde da Família, atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006), como estratégia prioritária para o fortalecimento das ações de Atenção Primária<sup>2</sup> no SUS.

Embora tenha investido desde então, na estrutura dos serviços, ainda é pouco considerando o tamanho da demanda, deixando grandes lacunas de atenção nos serviços de saúde. Especialmente no que diz respeito à inserção das ações de Saúde Mental na Atenção Básica, ainda falta muito a avançar para que possamos considerar que há uma boa oferta de atenção em Saúde Mental, ficando ela restrita aos equipamentos mais especializados, como os CAPS e Residenciais Terapêuticos, por exemplo.

---

<sup>2</sup> Neste estudo partimos do entendimento de que no Brasil a Atenção Primária em Saúde está organizada com o nome de Atenção Básica (AB) e tendo a ESF como modelo, portanto, APS e AB serão usadas como sinônimos, mantendo o termo Atenção Básica somente na nomenclatura da estrutura e regulamentações do Ministério da Saúde Brasileiro.

Na **Argentina**, o movimento de reforma, como Bisoto et al. (2006) apresentam, acontece, a partir de 1993, no setor público: tendo por base a descentralização dos estabelecimentos do governo central para as províncias; a introdução do modelo de autogestão nos hospitais públicos; e o fortalecimento da atenção primária, de forma descentralizada, mas sob impulso do Ministério da Saúde. Mesmo assim, a Argentina mantém uma história de sucateamento da saúde até 2001, agravada pela crise social e econômica que assolou o país. E, apenas a partir de meados de 2005, reorganiza seu sistema de saúde (ARGENTINA, 2013).

A descentralização do sistema de saúde é o maior desafio para o país, já que é dividido em 24 comunas com Ministérios da Saúde autônomos em cada uma delas, dificultando a coordenação de uma direção sanitária comum. O cenário da saúde na Argentina é de falta de integração entre os segmentos nacional, provincial e municipal do setor público, faltando uma gestão coordenada do sistema de saúde.

A reforma sanitária no **Uruguai** é mais recente. Em 2004 inicia-se o processo; novas leis e decretos introduziram as principais mudanças no sistema, voltadas para o modelo de atenção, financiamento e gestão. O Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) é criado em 2007. Apresenta a proteção à saúde como um direito de todos os residentes do país (PEREIRA et al., 2012).

O SNIS é pautado na universalidade, equidade e integralidade do cuidado, também na continuidade do cuidado de forma oportuna e na qualidade da atenção e respeito aos direitos dos usuários. O país segue um recente processo de renovação da atenção primária de saúde, usando como estratégia a reorganização do sistema.

O novo modelo privilegia o primeiro nível de atenção, que é a porta de entrada no sistema. Algumas dificuldades acontecem pela insuficiência de recursos e na falta de profissionais médicos generalistas e profissionais de enfermagem, além da diferença na atenção de acordo com o local, urbano ou rural, sendo necessária a regionalização dos serviços para uma melhor coordenação dos serviços, conforme Pereira et al. (2006).

O **Paraguai** apresenta ainda um sistema de saúde fragmentado, entre setor público e privado. Mesmo assim, vem avançando, desde 2008, em um sistema universal e integral (PARAGUAI, 2011). O Sistema Nacional de Saúde foi criado em 1996, resgatando o conceito de atenção integral à saúde de maneira equitativa, embora ainda uma parcela considerável da população esteja desprovida de atenção à saúde. Tem por finalidade prestar serviços a toda à população de maneira equitativa, com base no conceito de atenção integral à saúde.

Segundo Bisoto et al. (2006), a organização do Sistema Nacional de Saúde contempla a descentralização dos serviços públicos por níveis de complexidade, mediante mecanismos de convênios, contratos e complementação de instituições e recursos, assim como a coordenação de planos e programas com os municípios e os governos departamentais.

O país enfrenta sérios problemas de cobertura de serviços de saúde, tendo sua concentração na capital e departamento central, deixando as áreas rurais e afastadas negligenciadas, mas esforça-se para oferecer o serviço de saúde como uma forma de luta contra a exclusão, investindo na estratégia de Saúde da Família.

A **Venezuela**, no final dos anos 1990, com a promulgação da Constituição de 1999, inicia um processo de mudança e transformação do seu Sistema de Saúde existente para o atual Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS), de caráter universal, intersetorial, descentralizado e participativo, segundo Giovanella et al. (2012). Mas é só com o Plano “*Misión Barrio Adentro I, II, III e IV*”<sup>3</sup>, iniciado a partir de 2003, que se constituiu o Serviço Nacional de Saúde na Venezuela, com a criação e o fortalecimento de redes de atenção comunitária, embora, conforme Pereira et al. (2012), tenha se estagnado nessas ações.

Os países analisados neste estudo ainda estão em processo de implementação, expansão e fortalecimento de seus sistemas de saúde, independente de quando foram implantados, e ainda longe de garantir o direito à saúde integral e universal. E, em relação à atenção à saúde mental, essa realidade agrava-se.

---

<sup>3</sup>Plano “*Misión Barrio Adentro I*”: inicia em 2003, para consolidar a atenção Primária e tem como objetivo garantir o acesso da população excluída aos serviços de saúde, com uma gestão de saúde integral orientada para uma melhor qualidade de vida, por meio da criação de Consultórios e Clínicas Populares; em 2005, é criado o “*Misión Barrio Adentro II*”, é o segundo nível de atenção, gratuito e integral, através dos Centros de Alta Tecnologia (CAT), Centros de Diagnóstico Integral (CDI) e as Salas de Reabilitação Integral (CRI); e mais recentemente o “*Misión Barrio Adentro III*”, dirigido à remodelação, ampliação e melhorias na infraestrutura da rede hospitalar.

“*Misión Barrio Adentro IV*”, ampliação da oferta de serviço hospitalar cardiológico (Hospital Cardiológico Infantil “*Gilberto Rodríguez Ochoa*”) em 2006, com objetivo de ampliação com a construção de centros especializados para patologias específicas nas áreas onde existe déficit de cobertura.(Fonte: [http://www.gobiernoenlinea.ve/home/misiones\\_detalle.dot](http://www.gobiernoenlinea.ve/home/misiones_detalle.dot) e <http://www.barrioadentro.gob.ve/>)

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo exploratório, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. O trabalho consiste em uma revisão documental, a partir das informações constantes nos sítios dos Ministérios da Saúde (ou equivalentes) dos países do MERCOSUL (Brasil, Uruguai, Argentina, Paraguai e Venezuela), das Câmaras Legislativas (Deputados e Senadores), Diários Oficiais, sítios da Organização das Nações Unidas, Organização Pan-Americana de Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

As buscas visaram encontrar, nos sítios parlamentares, as leis existentes sobre o tema Saúde Mental, ou àquelas relativas aos serviços, sistemas de saúde e à proteção dos usuários dos serviços, as pessoas com deficiência (descapacitadas) ou ainda as que tratassem da garantia de acesso aos serviços. E, nos sítios dos governos (Ministérios da Saúde ou de departamentos dos Governos), pelos Planos de Saúde Mental ou Planos Nacionais de Saúde.

Além dessas buscas, foi realizada pesquisa bibliográfica para identificar artigos científicos nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do Scielo, com associação dos seguintes unitermos (em língua portuguesa, inglesa e espanhola): saúde mental, políticas públicas, MERCOSUL, datados a partir de 2001. Também foram usados documentos da OMS a respeito de Programas de Saúde Mental no Mundo e relatórios com estatísticas mundiais em saúde.

Os documentos encontrados foram analisados e apresentados com vistas a uma análise comparativa, tratados por meio do método de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2010). Bardin (2010) considera que, enquanto tratamento da informação, a análise documental tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação.

Diversos documentos foram encontrados, decretos, portarias, resoluções, planos de governo, programas, projetos, recomendações de assembleias internacionais (ONU, OMS) e também outros estudos, uns mais diretamente relacionados, outros menos específicos sobre a temática. Os Planos Nacionais de Saúde, de Saúde Mental, as leis e marcos regulatórios foram analisados e comparados quanto à organização dos sistemas de saúde, estrutura da rede de atenção, princípios, ações, oferta de serviços, garantia de direitos dos usuários e acesso aos serviços. Em relação às Leis existentes, a busca resultou em várias portarias, leis, decretos e leis complementares que foram analisadas



encontrando inovações e pertinência ao tema saúde mental. Os documentos estão apresentados em uma tabela a seguir, nos resultados deste estudo.

O propósito da análise documental, neste estudo, foi o registro das informações sob uma nova forma, para facilitar o acesso do observador, de tal forma que este obtivesse o máximo de informação (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo). Nas palavras de Bardin (2010, p. 46):

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

## 5 RESULTADOS

	<p>Brasil</p> 	<p>Argentina</p> 	<p>Uruguai</p> 	<p>Paraguai</p> 	<p>Venezuela</p> 
<b>Planos Nacionais de Saúde</b>	Plano Nacional de Saúde 2012-2015	Plano Argentina Saudável	#	Plano Estratégico do Ministério de Saúde Pública e Bem Estar Social. 2013 - 2018	Projeto Nacional Simón Bolívar. Primeiro Plano Socialista. Desenvolvimento Econômico e Social da Nação 2007-2013 Plano Nacional de Saúde 2009 - 2013/2018
<b>Planos Nacionais de Saúde Mental</b>	Não existe um plano exclusivo pra a Saúde Mental	Plano Nacional de Saúde Mental, 2013	Plano de implementação de prestações em Saúde Mental no Sistema Nacional Integrado de Saúde/2011	Política Nacional de Saúde Mental 2011-2020	Não existe um plano exclusivo pra a Saúde Mental
<b>Saúde Mental nos Planos Nacionais de Saúde</b>	(Diretriz 4) Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.	#	#	#	(Capítulo XI) Programa de Saúde Mental e Adições 2009-2013/2018
<b>Legislação em Saúde Mental</b>	<b>Lei Nº 10.216/2001</b>	<b>Lei Nacional de Saúde Mental Nº 26.657/2010;</b> Decreto Nº 603/2013 (regulamenta a Lei Nº 26.657/2010);	<b>Lei 9.581 de 1936,</b> Lei de assistência de psicopatas.	<b>Lei Nº 3540/08</b> Aprova a Convenção sobre os direitos das pessoas deficientes e o Protocolo Facultativo da Convenção sobre os Direitos das pessoas com deficiência.	Não tem lei específica para a política de saúde mental.

<p><b>Marcos Legais Complementares.</b></p>	<p><b>Portaria 336/2002</b>, estabelece modalidades de serviços dos Centros de atenção Psicossocial, CAPS.</p> <p><b>Lei Federal 10.708/2003</b> Programa de Volta para Casa.</p> <p><b>Portaria GM/MS 816/2002</b> cria Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas.</p> <p><b>Portaria GM 154/2008</b> Inclui profissionais de saúde mental nas equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, NASF.</p> <p><b>Portaria 1190/2009</b> Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.</p>	<p><b>Lei Nacional Nº 25.421</b> - Programa de Assistência Primária de Saúde Mental.</p> <p><b>Lei Nacional Nº 24.788</b> - Luta contra o Alcoolismo. (Decreto regulatório Nº 149/2009).</p> <p><b>Lei Nacional Nº 26.529</b> - Direitos do Paciente em sua relação com os Profissionais e Instituições de Saúde. (Decreto reg. Nº 1.089/2012)</p> <p><b>Lei Nacional Nº 26.378</b> - Ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas Deficientes e seu Protocolo Facultativo.</p> <p><b>Lei Nacional Nº 26.687</b> - Regulação da Publicidade, promoção e Consumo de Produtos Elaborados com Tabaco. (Decreto reg. Nº 602/2013)</p> <p><b>Lei Nacional Nº 26.061</b> - Proteção Integral dos Direitos de Crianças e Adolescentes. (Decreto reg. Nº 415/06).</p> <p><b>Decreto Nº 457/2010</b> - Criação da Direção Nacional de Saúde Mental y Adições.</p>	<p><b>Lei Nº 17.823/2004</b> Código da Infância e Adolescência.</p> <p><b>Lei Nº 18.335/2008</b> Pacientes e usuários dos serviços de saúde.</p> <p><b>Lei Nº 18.211/2007</b> Criação, funcionamento, financiamento do Sistema Nacional Integrado de Saúde.</p> <p><b>Lei Nº 19.172/2013</b> Maconha e seus derivados, Controle e Regulação do Estado da Importação, Produção, Aquisição, Armazenamento, Comercialização e Distribuição. Decreto 120/2014 Regulamenta a <b>Lei Nº 19.172/2013.</b></p>	<p><b>Lei Nº 3.007/06</b> amplia e modifica a Lei Nº 1.032/96 que cria o Sistema Nacional de Saúde.</p>	<p><b>Lei Orgânica de Drogas, de 2010;</b></p> <p>Lei Orgânica para crianças e adolescentes, LOPNA;</p> <p>Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência (2007);</p> <p>Lei para o Poder Popular da Juventude, 2002;</p> <p>Lei Orgânica do Sistema de Seguridade Social (2008);</p>
<p><b>Proteção aos direitos dos usuários</b></p>	<p><b>Lei Nº 10.216</b> Dispõe sobre a proteção e os direitos as pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.</p>	<p><b>Lei Nacional de Saúde Mental Nº 26.657/2010;</b></p>	<p><b>Lei 18.651/2010</b> Proteção integral de pessoas com deficiência;</p> <p><b>Lei 9.581/1936</b>, Lei de assistência de psicopatas.</p>	<p><b>Lei Nº 3540/08</b> Aprova a Convenção sobre os direitos das pessoas deficientes e o Protocolo Facultativo da Convenção sobre os Direitos das pessoas com deficiência.</p>	<p>Lei para as pessoas com deficiência (2007)</p>

<p><b>O que diz a Lei</b></p>	<p>Define a internação hospitalar como último recurso no tratamento de transtornos mentais e garante às pessoas o direito de serem tratadas preferencialmente em serviços de base comunitária.</p>	<p>Assegura o direito a proteção de saúde mental de todas as pessoas, e o pleno gozo dos direitos humanos daquelas com padecimento mental que se encontre em território nacional.</p>	<p><b>Lei 18.335/2008:</b> <b>Capítulo III, Artigo 11:</b> Na atenção de doentes psiquiátricos se aplicarão os critérios dispostos na <b>Lei 9.581/1936</b> (diz sobre a organização da assistência aos psicopatas e suas formas), e nas regulamentações que em matéria de atenção à saúde mental determine o Ministério de Saúde Pública.</p>	<p>O propósito da <b>Convenção</b> é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente.</p>	<p>Regula os meios e mecanismos que garantam o desenvolvimento integral das pessoas com deficiência de maneira plena e autônoma, de acordo com suas capacidades, promover a integração familiar e comunitária, mediante sua participação direta como cidadã e cidadãos plenos de direitos e a participação solidária da sociedade e da família.</p>
<p><b>Sistemas de Saúde</b></p>	<p>Sistema Único de Saúde (SUS)</p>	<p>Sistema Nacional de Saúde</p>	<p>O Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS)</p>	<p>Sistema Nacional de Saúde</p>	<p>Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS)</p>
<p><b>Caracterização dos Sistemas Nacionais de Saúde</b></p>	<p>Serviços de base comunitária, integral e universal.</p>	<p>Misto público privado Ministérios da Saúde Autônomos em cada comuna. Desenvolvimento de ações territoriais de abrangência comunitária e inclusão social.</p>	<p>Misto público privado Porta de entrada: Atenção Primária à Saúde</p>	<p>Atenção Integral à Saúde Superação do modelo hospitalocêntrico; abordagem comunitária; Universalização do acesso</p>	<p>Serviços públicos de base comunitária;</p>
<p><b>Ações realizadas em saúde mental</b></p>	<p>Centros de Atenção psicossocial, CAPS, CAPSi, infantil, CAPSad, álcool e outras drogas; leitos em hospitais gerais; Programas de Redução de Danos; Atenção Básica à Saúde, Estratégia Saúde da Família (consultórios de rua), NASF, apoio matricial;</p>	<p>Transformar o sistema manicomial; propiciar, em sua substituição, abordagens intersetoriais, interdisciplinares, abertos à comunidade e promotores dos direitos humanos.</p>	<p>Realizar intervenções psicossociais e abordagem psicoterapêutica da população usuária com necessidades na área da saúde mental</p>	<p>Fortalecimento do modelo comunitário; Integração das Redes de cuidado (Atenção Primária, Especializada Ambulatorial, Urgências, Hospitalar, e complementares). Porta de Entrada: Equipes de Saúde da Família; Centros Comunitários de Saúde Mental; Programas de Redução de Danos.</p>	<p>Em três níveis: consultórios populares, clínicas populares e hospitais gerais com serviços de psiquiatria.</p>

Dos países analisados, todos apresentam um planejamento para a Saúde Mental. O Brasil e a Venezuela trazem diretrizes para as ações de Saúde Mental dentro de seus Planos Nacionais de Saúde, não tendo Planos exclusivos para a Saúde Mental. Os demais países apresentam Planos de Saúde Mental independentes e específicos para o tema.

O **Brasil** foi o primeiro país, destes analisados, a promover uma Reforma Psiquiátrica, criando programas, implantando serviços e ações que foram o início da construção de uma rede de Saúde Mental na década de 1990. Além disso, possui uma legislação que pretende garantir o acesso dos usuários aos serviços de SM, assim como proteger os usuários e seus familiares. A Política Nacional de Saúde Mental brasileira se constitui de uma série de portarias que regulamentam os serviços, criam programas e versam sobre as formas de financiamento que vem, desde então, garantindo o crescimento e a implantação da rede de SM. Desde a criação do SUS, em 1990, o Brasil vem construindo sua Política de Saúde Mental, tendo a base de seus princípios na Declaração de Caracas, 1990. De acordo com MATEUS (2013) essa estratégia tem se mostrado efetiva, pois os serviços que antes estavam circunscritos a projetos locais, como os primeiros CAPS, por exemplo, ao serem lançados como programas de governo, passam a contar com normatização e financiamento garantidos pela legislação do SUS.

Em relação ao Planejamento para a Saúde Mental apresentado pelo Brasil, é o mais conciso. O Plano Nacional de Saúde 2012-2015 para a Saúde Mental reserva apenas uma página, que concentra na *Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas*, o direcionamento para a Saúde Mental. Apresenta como foco a ampliação do acesso e a qualificação/diversificação do tratamento, inclusive no atendimento e acolhimento aos usuários e suas famílias, com a previsão de expansão do número de consultórios de rua e a mobilização da rede social de cuidado.

Prevê o aumento do número dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com a previsão de criação de mais 640 unidades, além das 1650 existentes, e a ampliação do número de usuários beneficiados pelo Programa de Volta pra Casa (BRASIL, 2003)<sup>4</sup>, além de um incremento de 3508 novos leitos de atenção integral em Saúde Mental nos hospitais gerais e implantação de cerca de 620 Unidades de Acolhimento até 2015.

---

<sup>4</sup> O Programa De Volta Para Casa dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica, com dois anos ou mais de internação (BRASIL, 2003).

Além destas, promove ações intersetoriais para geração de renda e moradia, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério das Cidades e Ministério do Trabalho e Emprego, como no *“Plano Brasil Sem Miséria”*, que prevê ações de prevenção ao uso/abuso de drogas e o enfrentamento da dependência de crack, além de ações de geração de renda e economia solidária, iniciativas de reinserção social.

Ainda no Brasil, a partir de 2003, foi definido pelo Ministério da Saúde, como estratégia para guiar as ações em Saúde Mental na Atenção Básica, o apoio matricial, que consiste em um suporte técnico especializado que é ofertado à equipe de saúde para ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, servindo como organizador das ações de Saúde Mental (BRASIL, 2004).

As ações de Saúde Mental ampliam o alcance aos usuários e garantem a expansão da Rede, mantendo o cuidado no território onde vivem as famílias. Embora seja a Estratégia de Saúde da Família o lugar estratégico para as ações de Saúde Mental, ainda há pela frente um longo caminho a ser percorrido. Conforme Paulon e Neves (2013, p.13 -14).

Ao assumir o desafio de prestar cuidados aos usuários do SUS em suas casas, em seus locais de vida, em meio a suas redes sociais, a Estratégia de Saúde da Família provoca movimentos em todo um conjunto de instituições enrijecidas em torno da instituição saúde e convoca à reflexão de novos modos de cuidar e ofertar serviços cujos propósitos sejam os de cuidar da vida.

No Brasil, a lei que redirecionou o modelo assistencial em Saúde Mental foi a 10.216 de 2001. É a Lei mais importante em Saúde Mental do país, pois regulamentou também a proteção e o direito das pessoas com transtornos mentais. Depois dela, vieram outras portarias regulamentando a oferta de serviços, como a que estabelece as modalidades de serviços dos CAPS (Portaria 336/2002), além de várias outras ainda, como, por exemplo, a que incluiu os profissionais de saúde mental nas equipes dos Núcleos de Apoio e Saúde da Família (NASF), garantindo profissionais especializados nos serviços e ainda outras, criando programas específicos.

A Política de Saúde Mental no Brasil vem avançando, desde a década de 1990, fundamentalmente com a Criação da Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM), que passa a efetivamente conduzir sua coordenação e, de acordo com MATEUS (2013), foi potencializada pela emergência do SUS, implantou ações de grande impacto no sistema público de saúde, como a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o financiamento de serviços na comunidade.

O Brasil apenas recentemente, metade dos anos 2000, inicia a abordagem de Saúde Mental na Atenção Básica com um desafio de articulação e avanço na construção das práticas. E, em termos de Rede estruturada, equipamentos (CAPS, Unidades de Acolhimento, Residenciais Terapêuticos, consultórios de rua), está longe de garantir uma cobertura mínima de atendimento, confirmando os indicadores da OMS de baixo investimento em SM, deixando uma grande parte das pessoas com transtornos mentais sem atendimento adequado. Mas, apesar disso, ao considerarmos o percurso histórico brasileiro, desde o início da Política de Saúde Mental, muitos foram os avanços e ainda vem sendo construída e ampliada à rede, mesmo que insuficiente para o tamanho do país.

Considerando o tamanho do Brasil, que está dividido em 26 estados mais o Distrito Federal, com uma população de cerca de 200 milhões de habitantes, 7629 leitos em hospitais gerais e 2290 unidades de CAPS (BRASIL, 2012), são números distantes das reais necessidades da população, é preciso ainda avançar na construção da rede de Saúde Mental brasileira. Sem considerar os outros serviços e equipamentos existentes, já se percebe o quanto a SM é deixada de lado como prioridade de saúde.

Na **Argentina**, é apenas a partir de 2003 que a Saúde Mental passa a ser priorizada nas políticas sanitárias, resgatando o desenvolvimento pioneiro iniciado no final da década de 1950 e que foi interrompido pela ditadura militar e pelo ciclo neoliberal dos anos 1990, o que representou um retrocesso nas políticas sociais do país (ARGENTINA, 2013).

A Política de Saúde Mental manteve os mesmos princípios iniciais, agregando as novas tecnologias e as que mais se desenvolveram foram as ligadas aos direitos humanos. A luta por combater a segregação e a violência exercida aos chamados “loucos”, às pessoas “alcoólatras” e “drogaditos” sempre foi a tônica, juntamente com as lutas populares pela ampliação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, segundo os dados do Plano Nacional de Saúde Mental (ARGENTINA, 2013).

Nesse contexto, a Argentina, em 2010, começa a formulação do redirecionamento da Saúde Mental como competência dos poderes Legislativo, Judiciário e Executivo. Cria-se a *Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones*, mostrando claramente o nascimento de um novo paradigma.

A Argentina apresenta um Plano Nacional de Saúde Mental bem detalhado nos seus objetivos e linhas de ação. Seus objetivos partem de problemas encontrados:

- **A estigmatização e a discriminação da população vulnerável** (difundir os direitos garantidos na Constituição Federal e nos pactos internacionais, bem como na

Lei Nacional de Saúde Mental; desenhar estratégias, programas e projetos e ações para combater a discriminação; promover a equidade e a inclusão das populações vulneráveis; aumentar o acesso aos serviços erradicando práticas e representações sociais estigmatizantes);

- **Rede de saúde mental inadequada** (criação de serviços, equipamentos e dispositivos para fortalecer a rede; abrir gradativamente e de forma programada e definitiva serviços de Saúde Mental em hospitais para internações e atenção de urgência; desenvolver estratégias para monitorar e avaliar projetos, programas e atividades, diretrizes e intervenções de promoção, prevenção, atenção e inclusão social da população em geral e das pessoas que sofrem de transtornos mentais, integradas e articuladas nos três níveis de saúde e seus subsistemas: estatal, privado e de Seguridade Social, baseados na Atenção Primária; fortalecer o primeiro nível de atenção incorporando profissionais nos centros de Atenção Primária);

- **O consumo problemático de drogas e as adições não estão incluídos no campo da Saúde Mental** (articular as políticas sobre adições para integrá-las no campo da SM; incluir a problemática das adições na rede de serviços de SM de base comunitária; implementar a Lei Nacional de Luta contra o Alcoolismo);

- **A oferta da rede de serviços de SM não contempla a especificidade de crianças, adolescentes e idosos** (garantir espaços para a execução de programas transversais com o fim de fortalecer os fatores protetores, entre eles os vínculos saudáveis e solidários; aumentar o acesso aos serviços que garantam a especificidade de cada idade; promover a criação de equipes de referência para crianças, adolescentes e idosos na Atenção Primária de base comunitária; gerar programas e recursos para detecção precoce de problemáticas de saúde mental e padecimento psicossocial; promover abordagens integrais de saúde mental; desenvolver a articulação intersectorial entre a educação, o desenvolvimento social, organismos de proteção de direitos, organizações da sociedade civil, no desenho de abordagens para a prevenção do consumo de substâncias na infância e adolescência, incorporando o critério da redução de danos);

- **Inadequação da formação e capacitação continuada dos profissionais de saúde mental à Lei Nacional de Saúde Mental** (articular com as Universidades pública, privadas e institutos a inclusão de currículos que contemplem os saberes necessários a prática profissional de qualidade sobre Saúde Mental e adições com base no modelo comunitário; implantar, monitorar e avaliar a capacitação continuada dos profissionais de Saúde Mental);



- **Desenvolvimento precário da epidemiologia em Saúde Mental** (implementar uma sistema de informação em SM, interdisciplinar e intersetorial; promover o desenvolvimento da investigação epidemiológica em SM e adições);
- **Desenvolvimento insuficiente de sistema de monitoramento e avaliação da qualidade da atenção e dos serviços de SM** (definir e desenvolver, fortalecer, monitorar e avaliar diretrizes e outros instrumentos que garantam a qualidade dos serviços de SM; monitorar e avaliar os serviços dos executores públicos, privados e da Seguridade Social, na rede de serviços de Saúde Mental);
- **Investigação em SM não está adequadamente desenvolvida para responder às necessidades dos serviços e sistema de saúde e às demandas da população** (fomentar o desenvolvimento da investigação, em todas as suas modalidades, como instrumento de atualização em SM);
- **Emergências e desastres não estão contempladas adequadamente na cobertura em SM** (incluir a Saúde Mental nos planos das abordagens de situações de emergências e desastres; capacitar as equipes interdisciplinares de SM para as abordagens em situações de emergências e desastres).

O Plano Nacional de Saúde Mental é baseado na Lei Nacional de saúde Mental N° 26.657 de 2010, regulamentada pelo Decreto N° 630 de 2013. A Lei assegura o direito à proteção de Saúde Mental de todas as pessoas e o pleno gozo dos direitos humanos daquelas com padecimento mental que se encontrem em território nacional. As linhas de ação do Plano argentino apresentadas surgem dos objetivos e dos problemas priorizados e estão marcadas pela estratégia de Atenção Primária de saúde, demonstrando um alinhamento com as recomendações da OMS para a Saúde Mental.

Têm como princípios éticos o enfoque nos direitos humanos aplicados às pessoas com transtornos mentais; o critério da equidade, com especial relevância à atenção sanitária das pessoas em situação de vulnerabilidade; numa perspectiva baseada no respeito à diversidade etária, cultural e de gênero (ARGENTINA, 2013).

A Argentina possui um Sistema de Saúde misto, público e privado, e o grande desafio é descentralizar as ações, pois o país organiza-se em 24 Ministérios de Saúde autônomos (23 comunas e uma cidade autônoma), E são os organismos públicos os responsáveis pela coordenação das ações do Plano Nacional de Saúde Mental. O Plano está baseado no desenvolvimento de ações territoriais de abrangência comunitária e inclusão social.

Em relação às ações de Saúde Mental na Argentina, fica evidente o momento da política no país. Com uma Legislação recentíssima, de 2010, para os direitos das

peças com transtornos mentais, e um plano mais recente ainda, de 2013, que desenha a estratégia de Saúde Mental. Apresenta ações de implantação dos serviços e o foco é o trabalho de conscientização sobre a importância da SM para a saúde integral e também a luta contra “as resistências culturais”, o estigma e a discriminação, ainda muito presentes na realidade das pessoas com transtornos mentais. A Argentina, segundo seu Plano Nacional de Saúde Mental, está em um momento de “desenhar estratégias”, criar programas de acordo com as demandas da população vulnerável, de forma gradativa de formação e estabelecimento de uma rede que alcance todas as faixas etárias, com serviços para crianças, adolescentes, adultos e idosos, buscando a criação de espaços de atenção para esses ciclos de vida na comunidade.

O **Uruguai** iniciou a implantação de seu sistema público de saúde, Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), muito recentemente, em 2005, que marca o contexto da Reforma do Estado e um aprofundamento na Reforma Sanitária. Em relação à Saúde Mental, possui um *Plano de Implementação de Prestações em Saúde Mental no SNIS*, de 2011, e tem como princípio a equidade e a universalidade. O objetivo do Plano é a realização de abordagens psicossociais e psicoterapêuticas para a população com necessidades na área da saúde mental, implementadas de 2011 até 2015.

Acompanhando o Plano, o Uruguai vem elaborando, desde 2007, normativas relacionadas à Saúde Mental, com repercussão internacional, como mais recentemente, em 2013, a Lei da Maconha.

Mesmo com todo esse movimento para a reestruturação do sistema de saúde, da atenção em Saúde Mental e garantia de acesso aos serviços, o Uruguai ainda tem uma legislação para os usuários com doenças mentais de 1936. É uma lei que, fundamentalmente, trata das internações psiquiátricas, responsabilizando as famílias pelo cuidado dessas pessoas, sem mencionar, nos casos que envolvem crianças e adolescentes e questões sobre transtornos decorrentes de dependência química, qual o procedimento, estando defasada em relação às mudanças do modelo assistencial do próprio país.

Para suprir essa lacuna, em 2008, é criada a Lei Nº 18.335, que estabelece os direitos e obrigações dos usuários dos serviços de saúde, que em seu Capítulo III, Artigo 11, no que trata dos “doentes psiquiátricos”, diz que serão aplicados os critérios dispostos na Lei Nº 9.581/1936, permanecendo a ausência da garantia de direitos das pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais. O Uruguai tem, sobre a

questão da internação, também o Decreto N° 191 de 2008, que regulamenta a internação domiciliar, mas não é exclusivo para pessoas com transtornos mentais.

Especificamente sobre as pessoas deficientes, entre elas a deficiência mental, o Uruguai tem uma lei que, de maneira geral, garante seus direitos, Lei N° 18.651 de 2010.

O Uruguai, por suas características peculiares, o tamanho do país e da sua população de cerca de 3,4 milhões de habitantes, oferece uma série de serviços com modalidades de intervenções psicossociais divididas em três modos de abordagens: **grupais**; individuais, de casal, familiares ou grupais; e **individual e/ou grupal**; **por faixa etária**: jovens, adultos, crianças e adolescentes.

Cada uma das modalidades para população com demandas específicas, como, por exemplo, usuários de drogas e seus familiares; esquizofrênicos e seus familiares; pessoas que tentaram suicídio e seus familiares; pessoas que sofreram perdas traumáticas; pessoas em situação de violência doméstica; professores do ensino primário, secundário e técnico; e profissionais da saúde. Todos tendo como porta de entrada a Atenção Primária à saúde. A rede organiza-se principalmente na Capital Montevideu, e conta com serviços privados, além dos serviços da Faculdade de Medicina e Psicologia, entre outros serviços já estabelecidos no país (URUGUAI, 2011).

O **Paraguai** tem sua Política Nacional de Saúde Mental criada apenas em 2011, e seu Plano Nacional ainda apresenta as diretrizes e princípios que formam as bases para a implantação do sistema, numa fase muito inicial.

Durante muito tempo a atenção em Saúde Mental do Paraguai foi tratada em apenas um Hospital Psiquiátrico público. 35 anos de ditadura e 19 de transição democrática (PARAGUAI, 2011). Os anos de ditadura representaram anos de exclusão e atenção limitada às pessoas com transtornos mentais. Apenas em 1997, tem início um modelo humanista de atenção, centrado na comunidade, com características preventivas, numa experiência de uma Unidade de Saúde Mental específica dentro de um Hospital Regional.

Assim, o Paraguai tem seu movimento de reforma sanitária nos anos 90, com a constituição do Fórum Permanente de Saúde Mental que lutou pelo fechamento do Hospital Psiquiátrico e pela inclusão dos internados na sociedade como sujeitos de direitos. O país passou por medidas cautelares impostas pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, CIDH, em 2003, iniciando ações, a partir disso, centradas na melhoria das condições de internação e tratamento das pessoas com transtornos mentais (PARAGUAI, 2011).

No ano 2002, elaborou sua Política Nacional de Saúde Mental, com a participação de trabalhadores, profissionais da área e pessoas comprometidas com a temática. Numa tentativa de criar um processo de mudança e reconhecimento do direito à Saúde Mental, todavia sem avanços.

Em 2007 e 2008, esse cenário continuou e a situação da Saúde Mental não melhorou no país. As propostas atuais da Política Nacional de Saúde Mental de superação do modelo manicomial e implantação de uma abordagem comunitária, baseadas nos direitos humanos, na participação social e exercício da cidadania, inspiradas nos movimentos italianos (década de 1970) e latino-americanos, como o brasileiro (década de 1980), ainda buscam aceitação e espaço político para se fortalecerem.

Atualmente suas ações de Saúde Mental concentram-se nas unidades de Saúde Mental, que são serviços instalados nos Centros de Saúde e hospitais gerais, com equipes multidisciplinares que coordenam ações com as lideranças comunitárias e organizações governamentais e não governamentais com vistas ao desenvolvimento bio-psíquico-social e à qualidade de vida das pessoas e suas comunidades, de acordo com dados do Informe *WHO – AIMS sobre a Saúde Mental no Paraguai* (OMS, 2006).

Em relação à legislação, não possui lei própria na questão dos direitos dos usuários de saúde mental, tampouco, sobre garantia de acesso à Política de Saúde Mental. Apenas reconhece o tratado internacional que garante os direitos fundamentais das pessoas com deficiência à acessibilidade e à inclusão em igualdade de condições com os demais cidadãos, a partir da Convenção das Nações Unidas, sobre o tema em Nova York em 2006.

A **Venezuela** não apresenta um Plano para as ações de Saúde Mental exclusivo, mas sim um Plano Nacional, o *“Projeto Nacional Simón Bolívar, Primeiro Plano Socialista, Desenvolvimento Econômico e Social da Nação, 2007-2013”*, que tem como uma de suas diretrizes “A Suprema Felicidade Social: a construção de uma estrutura social inclusiva, um novo modelo social, produtivo, humanista e endógeno”. E propõe, entre outras estratégias, “aprofundar a atenção integral em saúde de forma universal” (VENEZUELA, 2012).

No Capítulo XI apresenta seu Programa de Saúde Mental e Adições, 2009-2013/2018 e trata a saúde de forma integral, num sistema equânime e de qualidade, com eixos voltados à promoção da qualidade de vida e saúde, definindo as políticas de convivência cidadã, a recreação, o esporte, o controle de substâncias “aditivas”. Como estratégias do Programa de Saúde Mental, destacam-se as seguintes: *Geração de*

*processos de transformação cultural; Detecção precoce de transtornos e enfermidades mentais; Fortalecimento da Linha de Atenção em Saúde Mental; Desenvolvimento do Sistema de Informação em Saúde Mental; Formação de profissionais de saúde mental na execução integral do Programa; Melhoramento continuada em serviço dos profissionais de saúde mental; e desenvolvimento da investigação em SM.*

O Programa venezuelano de Saúde Mental está estruturado em um nível “Normativo Gerencial” com três dimensões: *Central*: com uma coordenação nacional do Programa; *Estatat*: com coordenações estaduais do Programa; e *Municipal*: estabelecidas nas instâncias distritais ou municipais de saúde.

Os marcos legais do Plano da Venezuela, além da Constituição Federal (1999) e da Lei Orgânica da Saúde (1998), são formados pela Lei Orgânica de Drogas, de 2010; Lei Orgânica para crianças e adolescentes, LOPNA; Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência (2007); Lei para o Poder Popular da Juventude, 2002; Lei Orgânica do Sistema de Seguridade Social (2008); entre outras resoluções e convenções internacionais da ONU e OMS, como a Declaração de Caracas, 1990.

A Venezuela não tem formulada uma lei específica para a Política de Saúde Mental, nem para a garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais. Possui uma Lei de 2007, para a integração das pessoas com deficiência que, em linhas gerais, trata da regulamentação dos meios e mecanismos que garantam o desenvolvimento integral das pessoas com deficiência de maneira plena e autônoma, de acordo com suas capacidades, para promover a integração familiar e comunitária, mediante sua participação direta como cidadã e cidadãos plenos de direitos e a participação solidaria da sociedade e da família (VENEZUELA, 2007).

## 6 CONCLUSÕES

A referência maior, para as formulações das políticas de saúde mental nos países estudados, é a OMS e suas publicações, com seus Programas que advêm de estudos realizados por especialistas e baseados em experiências exitosas pelo mundo. Para fins de realizar uma análise comparativa, entre os achados sobre as leis existentes e as Políticas de Saúde Mental nos países membros do MERCOSUL, foram usados os resultados do estudo iniciado pela OMS, em 2000, sobre os recursos disponíveis de Saúde Mental em todo o mundo, que produziu uma cartografia sobre a situação de cada país: o Projeto Atlas 2000-2001 (OMS, 2001), que reuniu informações sobre 185 países (96,9% dos Estados Membros das Nações Unidas, que compreendem 99,3% da população mundial). Como resultado, a OMS evidenciou que vários países não estão preparados para o enfrentamento do aumento dos transtornos mentais na população, por falta de políticas, planos, programas e recursos, realidade também encontrada nos países do MERCOSUL.

Dos países estudados no Projeto Atlas, segundo a OMS (2001):

- 41% não dispõem de uma Política de Saúde Mental;
- 25% carecem de legislação sobre Saúde Mental;
- 28% não possuem um orçamento para a Saúde Mental independente (dos países que informaram ter orçamento, 36% destinam menos de 1% do total para a Saúde Mental);
- 41% não dispunham de centros de tratamento para os transtornos mentais graves no âmbito da atenção primária,
- 37% carecem de centros de atenção comunitária;
- 27% não têm um sistema para difundir informações acerca da Saúde Mental;
- 70% da população mundial dispõem de menos de um psiquiatra por cada 100.000 pessoas;
- 65% dos leitos para doentes mentais encontravam-se em hospitais psiquiátricos particulares.

Todos os países aqui estudados apresentam, em algum grau, despreparo como indicado pela OMS, nas suas ações de Saúde Mental. Mesmo que apresentem em seus planos os valores de equidade e da integralidade da saúde, carecem de redes de saúde

mental estruturadas e também redes de apoio, de inserção dos usuários na comunidade, em espaços de cuidado adequados e que promovam a saúde mental, sem considerarmos a questão do orçamento, que é mínimo em todos os países.

Argentina, Uruguai, Paraguai e Venezuela, a exceção do Brasil, iniciam seus processos de reordenamento de seus Sistemas de Saúde e a implantação de serviços de Saúde Mental muito recentemente, com elaboração dos Planos Nacionais de Saúde Mental, ou simplesmente implantando ações de Saúde Mental. Embora a Argentina apresente uma Legislação recente sobre o tema, os outros países ainda permanecem sem a regulamentação adequada e específica em leis criadas para proteção das pessoas com transtornos mentais, tampouco em relação à regulamentação da Política de Saúde Mental. Como o Paraguai que apenas segue o Protocolo da Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência das Nações Unidas (2006). Em relação a esses temas, apenas o Brasil e a Argentina têm legislações específicas para a proteção dos direitos das pessoas com transtorno mentais.

Ao analisarmos os Planos de Saúde Mental dos países fica evidente que todos seguem as recomendações da OMS, no seu Programa Mundial de Ação em Saúde Mental (OMS, 2002). O que apresenta uma organização mais avançada e consolidada, apesar das lacunas nos serviços e equipamentos, é o Brasil, considerando o tempo decorrido desde o início do reordenamento do Sistema de Atenção à Saúde Mental. Os avanços alcançados nas abordagens e no tratamento, a inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Apesar de ainda ser necessário melhorar a cobertura e ampliar a discussão para além das equipes de saúde ou administrativas, atingindo outro nível de discussão e público, não só para profissionais da área específica e os familiares dos usuários dos serviços. Em termos de planos, programas e legislação o Brasil pode-se considerar um país que pensa e prioriza sua atenção em Saúde Mental, mesmo que a concretização das ações em Saúde Mental seja lenta e dependa de estruturação mais contundente.

As questões políticas dos governos, muitas vezes, interpõem-se às políticas de saúde, especialmente as referentes à Saúde Mental e principalmente naqueles países em que o processo democrático é mais recente, ou ainda não é parte da realidade do governo. Analisando o contexto histórico de cada país estudado, evidencia-se a necessidade de um empenho dos governos para que a política de Saúde Mental seja considerada importante e priorizada nas ações de saúde.

Países como o Paraguai e a Venezuela, desde fins dos anos 90, já apresentam em suas Constituições Federais, a mudança de paradigma em saúde, mas só em

meados dos anos 2000 que começam a realmente reorganizar seus Sistemas Nacionais de Saúde e oferecer serviços de base comunitária.

Uruguai, Argentina, Paraguai e Venezuela começam recentemente seus processos de mudança que precisam ser fortalecidos para que garantam a integralidade da saúde, a qualidade e o acesso nos territórios onde vivem as famílias. As iniciativas recentes precisam de tempo para alcançarem os objetivos propostos.

Políticas e Legislação andam juntas na construção de serviços de qualidade que atendam as necessidades da população, independente do país em questão. A proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais é uma conquista que está diretamente ligada à importância que os governos e a sociedade dão ao tema saúde, refletindo também o respeito às pessoas e a justiça social. A regulamentação das Políticas através das leis é fundamental para que garanta, não só a oferta de serviços por meio de programas e ações de SM, mas também o financiamento de tais programas e ações, prevendo a atuação de profissionais em número suficiente e devidamente habilitados e remunerados, entre outras consequências de uma política de Saúde Mental fortalecida e um sistema de atenção bem regulado.

A Política de Saúde Mental pretende melhorar a saúde da população, atender as demandas por acesso à atenção de qualidade, com recursos garantidos para suas ações e dependem da prioridade dada pelos governos. Planos e leis devem ser construídos e formulados respeitando as características culturais da sua população, seus valores e crenças e são resultado de um percurso.

Nota-se um alinhamento das políticas de Saúde Mental nos países do MERCOSUL, cada um com suas especificidades sociais, políticas e econômicas. A necessidade da consolidação das práticas de inclusão dos usuários dos serviços na rede de cuidado que contemple o olhar humanitário sobre a saúde mental ainda é uma realidade nesses países, independente do tempo de oferta da atenção em Saúde Mental. Suas políticas de Saúde Mental encontram-se em estágios diferentes de implantação/implementação, articulação e fortalecimento, mas todas com o mesmo horizonte de melhorar a capacidade, acesso e qualidade dos serviços e programas de atenção às pessoas com transtornos mentais, oferecendo um cuidado na comunidade de forma integral e universal. Apesar da Saúde Mental aparecer em todos os planejamentos em saúde, no que trata dos direitos das pessoas com transtornos mentais, mesmo naqueles países com legislação sobre o tema, ainda é preciso muito avanço na garantia dos direitos, de acesso, informação, respeito, espaço e atenção para essas pessoas e seus familiares.



Levar o tema da Saúde Mental para o centro das discussões, dar visibilidade a realidade do MERCOSUL, fomentando a reflexão sobre as consequências do não tratamento adequado do padecimento mental para o mundo do trabalho, para a sociedade, para o futuro das comunidades e para o bem estar das pessoas é o maior resultado deste estudo.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Rosângela da Silva. **Proteção social no MERCOSUL: a saúde dos trabalhadores de municípios fronteiriços do Rio Grande do Sul**. Tese (Doutorado), Faculdade de Serviço Social, PUCRS. Porto Alegre. 2008.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção psicossocial**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- ARGENTINA. **Lei Nacional de Saúde Mental Nº 26.657/2010**. Direito a Proteção de Saúde mental. Ministério da saúde. Direção Nacional de Saúde Mental e Adições. [Online] Disponível em: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/ley-nacional-de-salud-mental-no-26657>. Argentina, dez. 2010.
- \_\_\_\_\_. **Plano Nacional de Saúde Mental**. Ministério da saúde. Direção Nacional de Saúde Mental e Adições. Argentina, out. 2013.
- \_\_\_\_\_. **Decreto Nº 603/2013**. Regulamenta a Lei Nacional de Saúde Mental Nº 26.657/2010. Argentina, 2013.
- \_\_\_\_\_. **Lei Nacional Nº 25.421**. Programa de Assistência Primária de Saúde Mental. Argentina, 2013.
- \_\_\_\_\_. **Lei Nacional Nº 24.788**. Luta Contra o Alcoolismo. Decreto regulatório Nº 149/2009. Argentina, 2013.
- \_\_\_\_\_. **Lei Nacional Nº 26.529**. Direitos do Paciente em sua Relação com os Profissionais e Instituições de Saúde. Decreto regulatório Nº 1.089/2012. Argentina, 2013.
- \_\_\_\_\_. **Lei Nacional Nº 26.378**. Ratificação da Convenção sobre os direitos das Pessoas com Deficiências e seu Protocolo Facultativo. Argentina, 2013.
- \_\_\_\_\_. **Decreto Nº 457/2010**. Criação da Direção Nacional de Saúde Mental e Adições. Argentina, 2010.
- \_\_\_\_\_. **Lei Nacional Nº 26.687**. Regulação da Publicidade, Promoção e Consumo de Produtos elaborados com Tabaco. Decreto regulatório Nº 602/2013. Argentina, 2013.
- \_\_\_\_\_. **Lei Nacional Nº 26.061**. Proteção Integral dos Direitos das Crianças e Adolescentes. Decreto regulatório Nº 415/06. Argentina, 2006.
- BISOTO Jr., G.; Silva, Pedro Luis de Barros; DAIN, Sulamis (orgs.). **Regulação do Setor Saúde nas Américas: as Relações Entre o Público e o Privado numa Abordagem Sistêmica**. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BARROS, Sônia e SALLES, Mariana. **Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde**. Trabalho apresentado na Mesa redonda "gestão e gerência na consolidação do SUS", 2º Simpósio internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva na Perspectiva da Enfermagem – SinPeSc, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 9-11 out. 2011.

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

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM nº 336 - 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece modalidades de serviços dos Centros de Atenção Psicossocial, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasil, 2002.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS n.º 816, 30 de abril de 2002**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasil, 2002.

\_\_\_\_\_. **Programa de Volta para Casa**. Lei Federal 10.708/2003, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P.77-84.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 154, 24 de JANEIRO de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasil, 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.190, 4 de JUNHO de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasil, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: 2011.

EL- KHOURY DE PAULA, Aída. **A integração social no MERCOSUL**: as políticas de educação em saúde no Brasil e na Argentina (1991-2006). Tese de Doutorado, Instituto de Ciências Sociais, UNB, Brasília, 2009.

GIOVANELLA, Ligia et AL (orgs.). **Sistemas de salud en Suramérica: desafios para la universalidad la integralidad y la equidad** / Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

GONÇALVES, Renata W.; VIEIRA, Fabíola S.; DELGADO, Pedro G. G. (2012). Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista de Saúde Pública**, 46 (1): 51-8.

MATEUS, Mário Dinis (org.) **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MERCOSUL. **Tratado de Assunção**: Tratado Para a Constituição de um Mercado Comum entre a Republica Argentina, a Republica Federativa do Brasil, a Republica do Paraguai e a Republica Oriental do Uruguai. Assunção: 1991.

MOREIRA, C. Los dilemas de La Nueva Izquierda Gobernante en América Latina.

**Pensamento Plural**, Pelotas/RS, n. 1, p.49-64, 2007.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**, 1946.

\_\_\_\_\_. **Atlas Recursos de Salud Mental en el Mundo**. Genebra: OMS, 2001.

\_\_\_\_\_. **Programa Mundial de Ação em Saúde Mental...** Fechemos a brecha, melhoremos a atenção. mhGAP - Mental Health Global Programme, 2002.

\_\_\_\_\_. **Informe OMS-Aims Sobre El Sistema de Salud Mental en Paraguay**. OPAS/OMS Asunción; Paraguay, 2006.

\_\_\_\_\_. **mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias**. Genebra: OMS, 2008.

\_\_\_\_\_. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. WHA65.4 65. In: <sup>a</sup>Asamblea Mundial de la Salud. Anais... Genebra: OMS, 2012.

OMS. **Zero Draft Global Mental Health Action Plan 2013-2020**. 2012. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mental\\_health\\_action\\_plan\\_EN\\_27\\_08\\_12.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mental_health_action_plan_EN_27_08_12.pdf)

\_\_\_\_\_. **Estadísticas Sanitárias Mundiales 2013**, 2012.

ONU . **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad**. NY, 2006.

\_\_\_\_\_. Indicators on Population. In United Nations Statistics Division. Demographic and Social Statistics. **Statistical Products and Databases. Social Indicators**, 2012. dados dos países foram obtidos da Projeção da População - período 2000-2060. Disponível em: <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/social/population.htm> Acesso em: jun.2014.

\_\_\_\_\_. **Development Report 2013. The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World**. New York: United Nations Development Programme, 2012. Disponível em: <http://hdrstats.undp.org/en/indicators/69206.html> Acesso em: mai. 2014.

PAULON, Simone; NEVES, Rosane (Org.) **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre, Sulina: 2013.

PEREIRA, A.M.M.; et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, jul./set. 2012.

SILVA, Cinthia G. **Análise comparativa das características dos sistemas de saúde nas Américas**. Trabalho de Conclusão de Curso bacharelado em Gestão de Políticas Públicas da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo: 2012.

PARAGUAI. Ministerio de Salud Pública y Bien Estar Social. Dirección de Salud Mental. **Política Nacional de Salud Mental 2011-2020**. Assunción: OPS, 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 3007 de 21 de setembro de 2006.** Modifica e Amplia a Lei Nº 1032/96 que cria o sistema Nacional de Saúde. Congresso Nacional, Assunção: 2006.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 3.540.** Ratifica a Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e o Protocolo Facultativo da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Assunção: 2008.

URUGUAI. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Programación Estratégica em Salud. Área de Promoción y Prevención. Programa Nacional de Salud Mental. **Plan de Implementación de Prestaciones em Salud Mental em El Sistema Nacional Integrado de Salud.** Ago de 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 9.581 de 8 de agosto de 1936.** Organiza a assistência a psicopatas. Ministério da Saúde Pública. Montevideú: 1936.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 17.823 de 7 de setembro de 2004.** Código da Infância e da Adolescência. Montevideú: 2004.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 18.211 5 de dezembro de 2007.** Criação, Funcionamento e Financiamento do Sistema Nacional Integrado de Saúde. Montevideú: 2007.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 18.335 de 15 de agosto de 2008.** Estabelece Direitos e Obrigações dos usuários dos Serviços de Saúde. Montevideú: 2008.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 18.651 de 19 de fevereiro de 2010.** Proteção Integral de Pessoas com Deficiência. Montevideú: 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei 19.172 de outubro de 2013. Maconha e seus derivados.** Controle e regulação do Estado, da importação, produção, aquisição, armazenamento, comercialização e distribuição. Montevideú: 2013. Disponível em: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=19172&Anchor=>

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº 120/2014.** Regulamenta a Lei 19.172, Maconha e seus derivados. Montevideú: 2014.

VENEZUELA. Lei para o Poder Popular da Juventude, Venezuela: 2002.

\_\_\_\_\_. Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência Venezuela: 2007.

\_\_\_\_\_. Lei Orgânica do Sistema de Seguridade Social. Venezuela: 2008.

\_\_\_\_\_. Lei Orgânica de Drogas (LOD), aprovada em outubro de 2010. Venezuela: 2010.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos de las Normas de los Programas de Salud.** Ministerio del Poder Popular para la Salud. Viceministerio de Redes de Salud Colectiva. Dirección General de Programas de Salud. Venezuela: 2012.