V ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI MONTEVIDÉU – URUGUAI

DIREITOS HUMANOS E EFETIVIDADE: FUNDAMENTAÇÃO E PROCESSOS PARTICIPATIVOS

BELINDA PEREIRA DA CUNHA

LUIS DELIO

Copyright © 2016 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos.
Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN
Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP
Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC
Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:
Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches – UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)
Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF
Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDi
Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC
Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG
Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA
Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

D598
Direitos humanos e efetividade: fundamentação e processos participativos [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UdelaR/Unisinos/URI/UFSM /Univali/UPF/FURG;

Coordenadores: Belinda Pereira da Cunha, Luis Delio – Florianópolis: CONPEDI, 2016.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-255-2
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Instituciones y desarrollo en la hora actual de América Latina

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Interncionais. 2. Direitos humanos. 3. Efetividade. 4. Processos participativos. I. Encontro Internacional do CONPEDI (5. : 2016 : Montevidéu, URU).

CDU: 34

Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito
Florianópolis – Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

Universidad de la República
Montevideo – Uruguay
www.fder.edu.uy

V ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI MONTEVIDÉU – URUGUAI

DIREITOS HUMANOS E EFETIVIDADE: FUNDAMENTAÇÃO E PROCESSOS PARTICIPATIVOS

Apresentação

O Encontro Internacional do CONPEDI Montevidéu, que teve como tema central "Instituiciones y desarrollo em la hora actual de América Latina" , foi marcado por notável integração acadêmica e científica, para além das fronteiras das Instituições de Ensino Superior, alçando o voo das inter-relações temáticas que assolam todos os ramos do Direito nos países latino-americanos.

O Grupo de Trabalho "Direitos Humanos e efetividade: fundamentação e processos participativos", sob nossa coordenação, foi brindado com refletidos trabalhos que aprofundaram temas que interessam aos Direitos Humanos e sua fundamentação, como: atuação do Ministério Público Federal no combate ao trabalho escravo; inviolabilidade do direito à vida; lei da anistia brasileira frente ao controle de convencionalidade; valorização dos direitos humanos como instrumento de desenvolvimento das políticas de execução penal; análise democrática de risco na tomada de decisões estatais; Comissão Nacional da Verdade e a institucionalização do Direito à memória; o problema social da corrupção e a fragilização dos Direitos Humanos e do Estado Democrático de Direito; os desafios interpretativos para garantir os direitos dos povos indígenas e quilombolas; teoria crítica dos direitos humanos (aspectos do casamento de pessoa com deficiência mental); direito à saúde mental no Brasil e no Uruguai; direito internacional e o acesso direto aos tribunais internacionais como direito humano fundamental; direitos da pessoa com deficiência e sua regulamentação no âmbito internacional e no Brasil.

Destaca-se reflexões da ordem da constitucionalidade,o posicionamento do Supremo Tribunal Federal Brasileiro em relação à presunção de inocência, o recente controle de convencionalidade, interno e externo, com redução de seu controle às normas internas, análise da compatibilidade das normas internas para a convenção dos direitos humanos; Pacto San Jose da Costa Rica, violação das garantias e direitos fundamentais; Lei da Anistia brasileira e sua aplicabilidade; posicionamento do Supremo Tribunal Federal em relação à soberania brasileira se sobrepor às normativas da corte interamericana; além do Debate da constitucionalidade, em relação à presunção de inocência.

Também ocupou lugar no debate a valorização dos direitos humanos, diante de relevantes estudos de casos, com vistas à sua importância na extensão normativa dos direitos fundamentais, direitos humanos como um mínimo ético, crítica à universalidade dos direitos humanos, prevalência do indivíduo em relação ao coletivo, perspectiva liberal individualista, sociedade organizada; aspectos da segurança e justiça como valores fundamentais e não contraditórios, com necessidade de aproximação entre o Direito e a Justiça.

Verificou-se também, risco e perigo em Luman, com aspectos da não participação do processo decisório e a consequente sujeição à ordem democrática, como a componente política de escolha, destacada necessidade de participação popular, contrapondo-se que o debate não é aprofundado para comunidades tradicionais, além dos aspectos da linguagem consequencial dos efeitos, e sua dimensão diante da necessária compreensão pela população com interesses atingidos.

A Justiça de transição no Brasil, no Chile e na Argentina, ocupou lugar no debate científico, destacando a dificuldade de definição de uma justiça de transição e da inserção desta política no Brasil, conflitos de interesses, da criação da Comissão Nacional da Verdade, perguntando-se se essa comissão contribui para a justiça de transição, já que o compromisso das pessoas que ali prestam seu depoimento é meramente ético; questionou-se a definição de corrupção e a dimensão com que fragiliza o Estado Democrático de Direito. Chegando-se à utopia dos Direitos Humanos de Galeano.

O direito é otimista, com limites. Os grandes desafios, para efetivação do direito dependem do campo político. A inversão ideológica e teoria crítica dos direitos humanos traz à baila possibilidades jurídicas antes inusitadas para o mundo do Direito, alastrando a concepção de saúde sob o aspecto mundial, para as políticas públicas garantidoras, acima de tudo, desses direitos, que com a legislação pertinente hão de caminhar juntas para sua efetivação. A Declaração de Caracas de 1990, a fase de humanização ainda se ressente no Uruguai e na América Latina, com chances de se beneficiar com as experiências da legislação brasileira, que igualmente põe à prova sua aplicação diante de políticas igualmente não garantidoras no país.

As prerrogativas, no âmbito nacional e internacional, dos países da América Latina, o Tratado internacional dos direitos humanos, visam possibilitar ao indivíduo o acesso ao tribunal internacional, pois obviamente muitos dos direitos fundamentais também são direitos humanos e, nas origens do direito internacional o ser humano era o foco das atenções, rendendo a crítica de que se deixou o indivíduo de lado como se ele fosse objeto do direito e não sujeito do direito.

Encerrou-se os debates com o conhecimento da reflexão aprofundada de professores e pesquisadores de muitas partes do Brasil, com a participação da Universidade de La República do Uruguai na melhor condução dos trabalhos, que se procurou integrar a partir da América do Sul, Brasil – Uruguai e América Latina.

Profa. Dra. Belinda Pereira da Cunha - PPGCJ/PRODEMA/UFPB/BR

Prof. Dr. Luís Délio Machado - UDELAR/UY

O DIREITO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO URUGUAI

EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN BRASIL Y URUGUAY

Mellyssa Do Nascimento Costa [1]
Lauro Ericksen Cavalcanti de Oliveira [2]

Resumo

O trabalho objetiva discutir a efetivação do direito à saúde mental no Brasil e no Uruguai. Discorre sobre as mudanças do paradigma do tratamento do modelo hospitalocêntrico para o modelo comunitário e sobre a necessidade de reestruturação das relações sociais perdidas durante o período de internação em hospitais psiquiátricos. Metodologicamente, demonstra que, perspectivas de tratamento aos direitos humanos foram esperadas e, no entanto, não estão sendo aplicadas com o esperado sucesso no Brasil e, especialmente, no Uruguai. Como resultados, aponta que para a concretização dos direitos humanos é preciso dar visibilidade e voz aos que foram silenciados historicamente.

Palavras-chave: Direitos humanos, Direito à saúde, Saúde mental

Abstract/Resumen/Résumé

El trabajo analiza la realización del derecho a la salud mental en Brasil y Uruguay. Discute el cambio de paradigma del tratamiento de modelo centrado en el hospital para el modelo comunitario y la necesidad de reestructuración de las relaciones sociales que se pierden durante el período de hospitalización. Metodológicamente, se muestra que las perspectivas para el tratamiento de los derechos humanos no se están aplicando para el éxito esperado en Brasil y en especial en Uruguay. Señala que para la realización de los derechos humanos es necesario dar visibilidad a los silenciados históricamente.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Derechos humanos, Derecho a la salud, Salud mental

[1] COSTA, Mellyssa. Mestranda em Direito das Relações Internacionais e da Integração na América Latina (UDE). Especialista em Ciências Penais (LFG/Anhanguera). Graduada em Direito (UESPI). Graduada em Comunicação Social (UFPI). mellyssacosta@hotmail.com

[2] ERICKSEN, Lauro. Graduado em Direito e Filosofia (UFRN). Especialista em Direito do Trabalho (UCAM-RJ). Mestre em Filosofia (UFRN). Doutorando em Filosofia (UFRN). Oficial de Justiça Avaliador Federal (TRT-21ª Região). lauroericksen@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Com a intenção de gerar reflexões acerca dos direitos humanos internacionais, do direito da integração no Mercosul e das políticas públicas nos países Brasil e Uruguai, em relação ao direito à saúde mental é o escopo do trabalho proporcionar um material de registro comparativo crítico do que vem sendo feito para a mudança gradual das concepções que cercam o tema, levando em consideração a aplicabilidade de mecanismos legais, pautados nos direitos humanos fundamentais previstos no Brasil e no Uruguai, assim como também, nos tratados internacionais, dos quais os dois países são signatários.

O trabalho pretende analisar comparativamente a temática do direito à saúde mental no Brasil e no Uruguai, por meio dos seus planos, programas e serviços de saúde mental e, ainda, identificar quais leis existem, se existem, e de que maneira regulamentam tais ações, para que se possa, assim, dimensionar até que ponto as leis, nestes dois países, são garantidoras das políticas públicas e dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, de seus familiares e da sociedade de forma geral.

Há inúmeras formas de melhorar a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais. Uma maneira importante é aquela que oferece as boas políticas, bons planos e bons programas que resultem em melhores serviços assistenciais. Outro mecanismo essencial para obter melhor apoio à saúde mental é através de uma boa legislação. Nesse sentido, a pesquisa, ao estudar o tema, será importante para contribuir para a prática das políticas públicas relacionadas aos direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil e no Uruguai, por contribuir com a analise do que vem ocorrendo no atual momento de discussão da implementação e efetivação da Reforma Psiquiátrica.

Essa discussão e trocas de experiências é necessária e muito importante para a implementação de melhorias em políticas públicas e para a melhor adequação dos direitos fundamentais à pessoa com transtorno mental. Tanto no Brasil, quanto no Uruguai, precisa-se pensar em políticas públicas de saúde mental que coloquem como prioridade os sujeitos envolvidos.

No que tange à importância do estudo proposto, ressalta-se a necessidade de discutir a realidade do direito à saúde mental e apresentar como é considerada, contextualizada, como estão os avanços e entraves ao seu desenvolvimento no Brasil e no Uruguai. Há de se colocar que a temática alcança a dimensão mais ampla da esfera

social, com base nos efeitos da própria visão que os sujeitos sociais têm sobre a loucura. O tema escolhido possui um relevante valor social e jurídico, que irá colaborar com o intercâmbio de informações para uma possível solução de conflitos sobre o tema nos dois países.

Espera-se que, estudos comparativos e críticos, como o aqui proposto, permitam-nos analisar a temática com outros elementos, indicadores, perspectivas e estratégias, possibilitando-nos melhor compreender os avanços e desafios do direito à saúde mental no Brasil e no Uruguai, para que se possa desenhar estratégias, programas, 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, para assim, assegurar os direitos humanos. Este artigo objetiva ajudar os dois países na implementação de legislação e na aplicação políticas públicas em conformidade com a boa prática em direitos humanos internacionais.

Para tanto, o desenvolvimento deste trabalho tem a finalidade de aumentar e gerar conhecimento sobre a área estudada, além de contribuir com material científico, possibilitando que a comunidade acadêmica de várias áreas tenha informações adicionais para estudos posteriores dentro da temática. A pesquisa propõe ainda uma reflexão sobre a reabilitação e resgate da cidadania dos pacientes portadores de transtornos mentais, bem como a valorização desses sujeitos.

1 A PROTEÇÃO INTERNACIONAL DO DIREITO À SAÚDE MENTAL

Para que se compreenda o direito internacional à saúde mental, é válido fazer um percurso de como a temática se consolidou. O direito internacional dos direito à saúde mental se encontra, hoje, internacionalmente protegido tanto nas declarações de direitos sociais, quanto nos atos internacionais referentes à saúde.

Quando se fala da proteção internacional à saúde, é interessante lembrar que foi como apoio da Declaração dos Direitos Humanos de 1948, que se iniciaram os processos reformistas no âmbito da saúde mental. Na década de 1970, a partir das experiências de Franco Basaglia, psiquiatra italiano, teve-se início a transformação do modelo assistencial psiquiátrico no mundo, inicialmente nos países europeus. Modelo este, pautado na substituição do formato hospitalocêntrico por o modelo centrado no tratamento na comunidade. Basaglia (1985) defendia que se devia objetivar a

sociabilização, humanização e produção da pessoa acometida com transtorno mental. Ele defendia que o portador de transtorno mental era, prioritariamente, um cidadão, e, portanto, teria direito a receber uma assistência digna e humana[1].

Esse processo vagaroso, mas progressivo de reconhecimento dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, culminou na condenação do modelo hospitalocêntrico na America Latina, pela Organização Pan-Americana da Saúde em 1990, com a Carta de Caracas. Ficou determinado que o modelo manicomial não era mais adequado:

> Isolar o doente do seu meio, gerando dessa forma, maior incapacidade social; criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis dos enfermos; requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e, fornecer ensino insuficiente vinculado com as necessidades de saúde mental da população, dos serviços de saúde e outros setores (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1990).

No mesmo sentido, P. Delgado et al (2001, p. 191-192) defendem que "as consequências negativas da internação prolongada do doente mental são diversas", como a perda do contato com a realidade externa, a massificação da personalidade individual, a submissão às atitudes dos funcionários, a perda da perspectiva de vida, a perda dos afetos, entre outros. Dessa forma:

> Em decorrência dessa configuração institucional, o paciente passa a apresentar a chamada neurose institucional, caracterizada por apatia, ausência de interesse e iniciativa, indiferença, frente a medidas tomadas contra ele, submissão, resignação diante dos fatos, incapacidade de formulação de projetos pessoais e deterioração dos hábitos pessoais, como higiene (BARTON *apud* DELGADO ET AL, 2001, p.191).

Um ano após as recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde em 1990, contidas na Carta de Caracas, em apoio à temática, a Organização das Nações Unidas – ONU, em 1991, divulgou o documento que trata da "proteção de pessoas com problemas mentais e a melhoria da assistência à saúde mental". Contextualizando o

[1] A experiência legislativa brasileira é uma derivação do modelo italiano, pioneiro nessa empreitada em alterar a aplicação do tratamento dos pacientes mentais para uma proposta não-manicomial, sendo importante destacar que esse modelo italiano também serviu de base para países como Canadá, Turquia, Grã-Bretanha e Austrália (ROTELLI, 2015, p. 30). Nem todos esses países aplicaram o modelo italiano integralmente, alguns mesclam medidas de âmbito federal com peculiaridades regionais ou municipais. No Brasil não há essa particularização na aplicação, no Uruguai, no entanto, em virtude de sua extensão territorial, talvez não seja necessária tal mescla, já que se trata de um Estado Unitário, e não de uma Federação (como o Brasil). Assim, há de se entender que talvez tivesse sido mais proveitoso para o Brasil ter usado um sistema misto, algo que não se apresenta juridicamente viável ao Uruguai.

documento são dadas as condições históricas, políticas e sociais para a incorporação da pessoa com transtorno mental na sua devida condição cidadã de direitos.

A partir da década de 1980, frente às novas recomendações para a reforma da assistência psiquiátrica, vários países passaram a adotar medidas e a criar políticas de saúde mental, objetivando-se principalmente redirecionar os recursos da assistência psiquiátrica dentro dos manicômios, para um modelo substitutivo de base comunitária. Basicamente, buscando a criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública, de base territorial, ao mesmo tempo, que se determinou a implantação de critérios de melhorias para adequação e humanização dos hospitais especializados.

Essa mudança de paradigma ainda está em andamento, como Graham Thornicroft (2010) descreve:

> Atualmente, a reforma dos serviços de saúde mental está sendo empreendida em muitos países. Embora a velocidade e as especificidades regionais dessas mudanças variem de um país para o outro, existe uma necessidade clara de um mapa geral, que possa ajudar todos os usuários desses serviços, familiares e profissionais envolvidos nessa transformação (THORNICROFT, 2010, p. 1).

Assim, deve-se assimilar o entendimento acima denotado de que as transformações e as mudanças no contexto da internação de pacientes mentais em manicômios é algo que vai se revelando ultrapassado no atual contexto de aplicação dos direitos humanos conjugada ao direito à saúde. Essas mudanças são paulatinas e variam de acordo com a familiaridade de cada país com os direitos humanos, e seus avanços nessa área, de modo que quanto mais avançado for o país em termos de aprofundamento e respeito aos direitos humanos, consequentemente, mais provável será que o tratamento destinado aos pacientes mentais divirja da internação hospitalar compulsória. Assim, tais transformações se apresentam como uma tendência mundial no direito à saúde, de modo que elas, apesar de aperfeiçoadas em velocidades distintas, acabam por ser a tônica geral dessa área de estudo.

2 CONTEXTO DO DIREITO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO URUGUAI

No Brasil e no Uruguai, assim como na maioria dos países latino-americanos, a atenção dada aos portadores de transtornos mentais esteve, por muito tempo, centrada

na instituicionalização dos hospitais psiquiátricos, resultando num modelo excludente e desumano, que teve como resultado a estigmatização[2], a cronificação[3] e o isolamento dos pacientes[4]. Verificou-se que o modelo manicomial, anteriormente adotado, gerava a desvalorização da pessoa com transtorno mental, a falta de efetividade de seus direitos fundamentais à liberdade e à igualdade, a impossibilidade de superação de obstáculos impostos institucionalmente e socialmente impostos dentro dos hospitais psiquiátricos.

De modo geral, até a década de 1950, a maioria dos países que possuíam legislação que versavam de alguma forma sobre o direito à saúde mental, na maior parte das legislações existentes havia normatização das práticas asilares, centradas na segregação daqueles identificados como pacientes e deficientes mentais, levando assim, a perda de direitos civis e da capacidade de convivência em sociedade ao invés de garanti-los e efetiva-los.

Após a década de 1950[5], houve uma revisão da legislação em vários países, principalmente europeus, Estados Unidos (Mental Health Act de 1983 e The Community Care Act de 1990)[6] e Canadá, correspondente a mudanças significativas no padrão de assistência à saúde mental após a Segunda Guerra Mundial. Entretanto, essa reformulação da legislação ainda acontece de forma muito tímida e vagarosa nos países latino-americanos.

Em 1990, realizou-se a Conferência de Caracas, promovida pela Organização Pan-Americana (OPAS), da qual resultou a Declaração de Caracas. Este documento, do qual o Brasil e o Uruguai são signatários, apontou para a substituição do modelo então

[2] A estigamatização consiste na generalização de que todos os pacientes são "loucos" (AMARANTE, 2000, p. 175), termo genérico, usualmente pejorativo, atribuído indistintamente a todos os pacientes.

[3] Por cronificação se deve compreender a estagnação ou piora do quadro clínico do paciente quando a situação encontrada como ameaça a sua saúde mental se intensifica durante o tratamento, ao invés de regredir, como seria esperado (GUIMARÃES, 2007, p. 157). No caso do tratamento dos pacientes mentais, a cronificação é usualmente indicada como sendo uma decorrência do método do tratamento, e não um agravamento dos sintomas em virtude da própria condição clínica do paciente.

[4] O isolamento, além de ser uma medida metodológica na internação manicomial, é uma projeção interior do próprio sujeito, que deixa de ter empatia com outras pessoas, e, principalmente, com quem auxiliar no seu tratamento (KAJANDI, 1994, p. 274). Por causa desse efeito indesejado, o paciente deixa de ter confiança em si mesmo e no mundo externo que lhe é tolhido.

[5] A partir de 1950, as metodologias institucionais de internação manicomial começaram a ser descritas como "ideologias da destruição" (COPPOCK; HOPTON, 2002, p. 38). Desse modo, depreende-se que o avanço não se deu apenas no campo legislativo, ele foi trilhado em duas frentes, tanto no âmbito médico-hospitalar, com especialistas no assunto defendendo um modelo alternativo à institucionalização, quanto por parte do cenário jurídico, que começou a dar vez aos direitos humanos dos internos, vislumbrando métodos de tratamento não-destrutivos que visassem a integração social dessas pessoas.

[6] A legislação americana citada é o marco da mudança no conceito de "risco" oferecido pelos pacientes mentais, eles foram da "expulsão" como método de gerenciamento do risco, para a "integração", por meio do tratamento "comunitário" (KEMSHALL, 2002, p. 91). As duas leis mencionadas são o ápice do tratamento comunitário oferecido a esses pacientes, um marco no respeito aos direitos humanos de tais pessoas.

vigente pelo modelo centrado em base comunitária. O Brasil avançou muito na temática de 1990 até os dias atuais e o Uruguai avançou pouco.

É notório que o estigma social em torno da "loucura", nestes dois países sul-americanos, ainda impede as pessoas com transtornos mentais de desenvolver sua autonomia e verifica-se que as políticas públicas desenvolvidas nos dois países não contemplam de forma satisfatória a melhoria na maneira de perceber da sociedade. Faz-se mister estimular a autonomia dos portadores de transtorno mental nestes dois países e, assim, possibilitar a efetivação dos seus direitos fundamentais à liberdade e à igualdade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1946) saúde mental é um direito constituinte da integralidade da saúde e é definida como "um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou enfermidades". No campo de conhecimento e na atuação técnica, a temática é muito complexa e deve ser multidisciplinar, pois envolve diversas áreas do conhecimento, e uma delas certamente é o Direito. A saúde mental é de suma importância para o desenvolvimento do bem-estar da população, entretanto se constata que o direito a saúde mental não é prioridade dos governos nos dois países no que se refere a investimentos, programas, oferta de serviços e leis que regulamentam as políticas públicas.

O Brasil está bem mais avançado na temática do que o Uruguai, entretanto, a partir do momento que o Uruguai se comprometer efetivamente com a causa, possuirá grandes chances de ser mais bem sucedido que o Brasil, devido a seu pequeno território e seu baixo índice populacional. Por causa dessas peculiaridades (o fato de o Brasil ter uma legislação avançada, e o Uruguai ter grandes chances de sucesso em sua aplicação) é que o presente trabalho ganha fundamento e importância. Todo o desenvolvimento da hipótese de trabalho por ora apresentada diz respeito às temáticas abordadas as quais tem como base esse fundamento conjunto.

Segundo o Relatório Mundial da Saúde, produzido pela OMS (2001) as consequências do abandono ao cuidado na saúde mental são facilmente constatadas e estão diretamente relacionadas na incidência crescente e exponencial de doenças como a depressão, distúrbios de ansiedade, no consumo do álcool e diversas drogas, no número crescente de suicídios, entre outros. Além de estar diretamente ligado ao número de pessoas incapacitadas ou afastadas do trabalho, da escola e de atividades sociais.

O Relatório Mundial de Saúde da OMS também foi muito relevante ao recomendar dez soluções factíveis para responder às necessidades relacionadas à saúde mental, são elas:

> 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. (RELATÓRIO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

O objetivo primordial da OMS, ao recomendar essas dez soluções no âmbito da saúde mental é sensibilizar os governos a definir, implantar e efetivar políticas públicas integrais e desenvolver serviços que respondam às necessidades da população. É válido destacar que, os países membros do Mercosul, aqui estudados, Brasil e Uruguai, são signatários das resoluções da OMS para a saúde mental e deveriam colocar em prática suas recomendações.

É válido lembrar também que, 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 do bloco, sendo destacada no Brasil, por ter sido o país pioneiro na temática em diversos aspectos.

2.1 Saúde Mental no Brasil e seu Contexto Legal

A partir da década de 80 e efetivamente na década de 90, após a Declaração de Caracas, o sistema de saúde brasileiro, em sintonia com as transformações em curso internacionalmente, iniciou um processo de reestruturação de sua assistência psiquiátrica. Nesse contexto, foram criadas normas objetivas de qualificação dos serviços de internação psiquiátrica, assim como novas práticas para cumprir as exigências mínimas de qualidade assistencial e de respeito aos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais.

Foi após a criação do Sistema Único de Saúde, SUS, que as condições para a criação de uma nova política de saúde mental se estabeleceram de fato no Brasil. Com o passar do tempo foram criados serviços de atenção comunitária, pública e de base territorial. A saúde mental como campo de atuação é multifacetária, pois envolve

sujeito(s), sociedade(s) e cultura(s). O tratamento das pessoas com transtornos mentais, no Brasil, assim como na maioria dos países, esteve por muito tempo vinculado à internação em hospitais psiquiátricos, que se transformaram com o passar dos anos em tratamentos de exclusão, contenção da loucura e cerceamento dos direitos humanos dos acomentidos por transtornos mentais. Como considera Paulo 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. (AMARANTE, 2013, p.103).

È notório que o direito à saúde mental continua sendo, descuidado pela maioria dos países latino-americanos. É reconhecido que o déficit de tratamento dos transtornos mentais é elevado. Segundo dados da Resolução WHA65/10, da 65.ª Assembleia Mundial da Saúde (2012), 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 OMS (2001), uma a cada quatro pessoas da população mundial sofre, em algum momento da vida, com pelo menos um transtorno mental. Os problemas relacionados à saúde mental constituem cinco das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo, sendo a depressão e o uso de substâncias psicoativas, as principais afecções. Sabe-se ainda que a maioria dos transtornos é tratável e evitável, corroborando a máxima de que, quando se investe na prevenção e promoção da saúde mental da sua população, reduz-se o número de incapacidades resultantes de transtornos mentais e se melhora a qualidade de vida dos cidadãos.

É relevante ressaltar que, mesmo que os transtornos mentais afetem pessoas de todos os grupos sociais e países, os pobres são os mais afetados. A melhoria da saúde mental da população está diretamente ligada ao empenho dos governos na adoção de políticas e estratégias sistemáticas e continuadas para seu enfrentamento. Mesmo a pobreza sendo considerável no Brasil, Lúcia Rosa (2008) considera que cada vez mais há consolidação nas mudanças no modelo assistencial em relação às políticas públicas de saúde mental, no Brasil e defende que essas mudanças estão se consolidando como irreversíveis destinadas para a comunidade, para um modelo aberto e garantidor de direitos. Entretanto. Ela enuncia que:

> No país, historicamente, as políticas públicas não reconheceram nos segmentos de baixa renda, um cidadão, um sujeito de direitos. Ao contrário, ao combater a desordem urbana, o pobre é percebido e tratado como desordeiro ou vagabundo, improdutivo ou desinteressado pelo trabalho. Desse modo, criou-se uma "política pública pobre para os pobres". Assim, não houve uma universalização da atenção psiquiátrica para toda a população brasileira. O serviço público, sobretudo psiquiátrico, tendeu a ser um serviço de baixa qualidade, baixa resolutividade, "um depósito de loucos" (ROSA, 2008, p.86).

No Brasil, embora se tenha investido na estrutura dos serviços, ainda é pouco considerando o tamanho da demanda, deixando grandes lacunas de atenção nos serviços de saúde. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) defende que o Brasil é referência entre os países da América Latina sobre o tema, pois desde os anos oitenta, vem implantando um novo modelo de atenção à saúde mental, que se trata da reforma psiquiátrica, que visa uma mudança de paradigma no tratamento dos portadores de doença mental, convertendo o modelo hospitalicêntrico manicomial em tratamento extra-hospitalar, a partir das lentes dos direitos humanos e dos direitos constitucionais. Entretanto, não se omite do dever social de reconhecer que o Brasil, mesmo após a promulgação da Lei Federal de n. 10.216 de 2001 (lei norteadora da Reforma Psiquiátrica no Brasil), ainda não conseguiu efetivar um modelo assistencial que atenda as reais necessidades das pessoas portadoras de transtorno mental.

Há de se considerar que o grande diferencial do Brasil é a Lei Federal que regulamenta a Reforma Psiquiátrica, a Lei 1.0216 de 2001. O Brasil foi o primeiro país, da América Latina, 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, essa legislação garante o acesso dos usuários aos serviços, assim como proteger os usuários e seus familiares.

A Política Nacional de Saúde Mental, no Brasil, constitui-se em uma série de portarias do Ministério da Saúde 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 saúde mental. Há de se atentar que o programa "De Volta para Casa", que devolve a cidadania aos ex-moradores de hospitais psiquiátricos, foi um passo fundamental para a luta pela garantia à assistência, à saúde e à devolução da qualidade de vida, com a proteção dos direitos humanos para essas pessoas que foram vítima de exclusão, preconceito e abandono por vinte, às vezes chegando a trinta anos, pessoas que eram peças vivas de hospitais psiquiátricos.

Com relação ao planejamento no âmbito da saúde mental desenvolvido pelo Brasil, pode-se considerar o mais consolidado na América Latina, pois apresenta como foco a ampliação do acesso e a qualificação do tratamento aos usuários, suas famílias e a população em geral. A pretensão das ações em saúde mental é ampliar o alcance aos mais variados tipos de usuários e garantir a expansão da rede de saúde, mantendo o cuidado primordialmente na comunidade e diminuindo, restringindo somente aos casos necessários à internação em hospitais. Embora seja a comunidade o lugar primordial para se desenvolver as ações de saúde mental, deve-se apontar que ainda há pela frente um longo caminho a ser seguido pelo Brasil para sua verdadeira consolidação.

Conforme Simone Paulon e Rosane 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.

Essa mudança de paradigma do modelo hospitalocêntrico para o modelo de rede baseado na comunidade precisa ser efetivado de maneira sistematizada, cuidadosa e responsável, pois sempre há o risco de um processo de desinstitucionalização hospitalocêntrica, ao invés de significar e garantir a ressocialização dos portadores de transtorno mental, significar a devolução da responsabilidade do estado para a sociedade dos problemas decorrentes de saúde mental, gerando uma negligência social. Neste contexto, verifica-se a importância do papel que a sociedade civil deve exercer, quando se objetiva a garantia dos direitos humanos. A atuação da sociedade civil organizada é de grande valor para traçar novas perspectivas em relação aos direitos e políticas públicas de saúde mental. Corroborando com nosso entendimento, Amarante (2013, p.73) versa que:

> A dimensão sociocultural é, portanto, uma dimensão estratégica, e uma das mais criativas e reconhecidas, no âmbito nacional e internacional, do processo brasileiro de reforma psiquiátrica. Um dos princípios fundamentais adotados nesta dimensão é o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos, a partir da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos, voluntários).

No mesmo sentido Elenaldo Teixeira (2001, p.138) entende que esta sociedade civil "constitui-se em ator político, presente no levantamento e discussão de questões de

interesse geral da sociedade, na sua publicização em encontros, fóruns, seminários e várias outras formas de interlocção". Assim, percebe-se que a atuação da sociedade civil é um dos fatores mais impactantes no sucesso desse tipo de empreitada no âmbito das políticas públicas, sem a sua interação e sua participação, esse tipo de iniciativa tende apenas ao descaso estatal e à desestruturação de programas sociais desse jaez.

2.2 Saúde Mental no Uruguai e seu Contexto Legal

Em relação ao direito à saúde mental no Uruguai, pode-se considerar que ele ainda está em uma fase muito inicial, praticamente embrionária, e que ainda se encontra em estágio de reforma sanitária. O tratamento adequado aos portadores de transtorno mental, baseado em premissas e modelos internacionais, ao se tratar do Uruguai considerada bem recente.

Há de se considerar que somente a partir de 2004, as recomendações internacionais começaram a introduzir as principais mudanças no sistema de saúde voltada à saúde mental no Uruguai. Exemplo disso foi a criação do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) somente em 2007. O Sistema Nacional Integrado de Salud Uruguaio apresenta a proteção à saúde como um direito de todos os residentes do país e é pautado na universalidade, equidade e integralidade do cuidado, na qualidade da atenção e no respeito aos direitos humanos e civis dos usuários.

A maioria das dificuldades na dinamização de serviços na área da saúde mental no Uruguai acontece pelos mesmos motivos que impedem o desenvolvimento de políticas públicas na aérea em muitos países. Acontece pela insuficiência de recursos financeiros e pela falta de profissionais especializados em saúde mental. No Uruguai ainda há um fator especial; existe uma grande diferença na qualidade dos serviços disponibilizados de acordo com a localidade, na zona rural é bem mais escasso, sendo necessária a melhoria dos serviços e a igualdade de assistência entre as zonas urbana e rural para uma melhor coordenação dos serviços.

Segundo dados oficiais do Ministério de Saúde Pública do Uruguai em 2011, o país apresentou uma taxa de 16,6 suicídios por 100 mil habitantes, sendo pessoas acima de 65 anos e adolescentes o principal grupo de risco, o número de homens que cometem suicídio foi maior do que o de mulheres e a maior incidência também ocorreu em cidades do interior do país, com mais frequência em regiões rurais e menos urbanizadas. O relatório revelou ainda que o enforcamento é o método mais usado. Esses números colocam o Uruguai

em primeiro lugar na taxa de suicídios, ao lado de Cuba, entre os países latino-americanos. Esses dados constatam que há uma má qualidade de prestação de serviços no âmbito da saúde mental no país.

Mesmo com a recente elaboração de políticas públicas voltadas para a saúde mental, o Uruguai legalizou em 2013, com repercussão internacional, o uso da maconha, com a promulgação da Lei da Maconha (Lei Uruguai n. 19.172 de outubro de 2013). Esse fato exige uma reflexão sobre os cuidados que o impacto dessa lei exigirá no futuro dos serviços de saúde mental, até então não efetivados no país.

No quesito legislação interna, o Uruguai ainda possui uma legislação defasada e atrasada no âmbito da garantia dos direitos dos portadores de transtorno mental. A lei de 1936, basicamente versa sobre as internações psiquiátricas, responsabilizando as famílias pelo cuidado dos pacientes, sem mencionar, especificações e nada tratando sobre transtornos decorrentes de dependência se substâncias psicoativas, como a maconha.

A questão da aplicação imediata dos tratados e convenções internacionais no direito interno Uruguaio divide posicionamento de doutrinadores. A maioria dos constitucionalistas uruguaios defendem a teoria monista, que diz que não há necessidade de legislação interna para validar tratados e convenções internacionais e que eles são autoexecutáveis. Nesse contexto, Ruben Correa Freitas (2002, p. 39) defende:

> Por esta vía se reconoce en definitiva la primacía jerárquica del derecho internacional sobre el nacional, como solución de convivencia pacífica entre las naciones y los hombres. En ese sentido se manifiesta una de las características del derecho constitucional en la segunda mitad del siglo XX, su vocación internacionalista, promovida por la directa influencia de las Declaraciones y de los Pactos internacionales de derechos humanos, a lo que debe agregarse por una parte la expresa solución normativa que se le ha dado en el Tratado de Viena al problema de la jerarquía de los Tratados respecto del derecho interno, y por otra el reconocimiento de la supranacionalidad de los procesos de integración.

Há de se entender que, mesmo tendo em conta que os tratados e convenções internacionais possuam autoexecutoriedade no Uruguai, nada impede que as normas internacionais influenciem a produção de leis de direito interno. Defende-se, portanto, que esse argumento por si só não é válido para justificar a defasagem de lei interna específica sobre saúde mental no país, tendo em vista, que a produção e atualização de lei interna é recomendação clara das resoluções internacionais da OMS.

O Uruguai por ser um pequeno país de extensão territorial e ter uma população de cerca de 3,4 milhões de habitantes, possui grandes chances de ser referência na temática da saúde mental e reverter seus péssimos índices relacionados ao tema. Ainda mais se considerar como aliado o Brasil, que pode e muito contribuir com sua experiência até o momento bem-sucedida dentro das possibilidades. Assim, o intercâmbio de experiência entre os dois vizinhos vem a ser um grande suporte ao Uruguai, que ainda encontra os melhores meios de efetivar sua política de saúde mental.

É válido ressaltar que no ano de 2001, foi criado o Plano de Implementação de Prestações em Saúde Mental, voltado exclusivamente a temática da saúde mental no Uruguai. 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. É plausível a criação do plano e ele significa que, mesmo timidamente, o país possui interesse em melhorar os serviços disponibilizados, entretanto, constata-se, na prática, que o plano não foi bem sucedido e precisa ser acompanhado de novos serviços. Em virtude do pequeno alcance desse plano, é de extrema importância o Uruguai possuir uma lei de direito interno que verse sobre a saúde mental, assim como a Lei Federal 10.2016/01 do Brasil, para colocar em prática políticas públicas voltadas à sua população e assim, garantir a melhoria e efetivação dos direitos humanos e civis a essa parcela da população que possui ou irá possuir transtorno mental ao longo de suas vidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma mais leve ou mais grave, males como a depressão, a melancolia, a ansiedade, o *stress e* o abuso de substâncias alcoólicas e psicoativas comprometem a vida de milhões de pessoas e dos seus familiares. Quando se pensa no termo “loucura”, imagina-se alguém com algum nível de periculosidade. Essa conotação e imagem além de estereotipada é preconceituosa. A definição de transtorno mental é bastante variada e inclui inúmeros problemas com os quais se convive.

Em todo o mundo, pessoas com transtornos mentais e com sofrimento e necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas são submetidas à assistência de baixa qualidade e a violações de seus direitos humanos. Apesar de todos os países que compõem o Mercosul apresentarem, em algum grau, deficiências nas suas ações de saúde mental, escolheu-se o Brasil e o Uruguai no âmbito do Mercosul, por o Brasil ser

o pioneiro na Reforma Psiquiátrica, com legislação específica e consolidada que garante os direitos aos portadores de transtornos mentais e, o Uruguai, por ser o país vizinhos e fronteiriços que iniciou seus processos de reordenamento de seus sistemas de saúde e a implantação de serviços de saúde mental muito recentemente.

Partiu-se do pressuposto que 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 no respeito às pessoas e na justiça social. Assim, a regulamentação das políticas através das leis internas é fundamental para que se garanta, não só a oferta de serviços por meio de programas e ações de saúde mental, 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.

Ao comparar o Brasil e o Uruguai, percebe-se que suas políticas de Saúde Mental se encontram em estágios diferentes de implantação/desenvolvimento, articulação e fortalecimento, mas elas possuem o mesmo horizonte de melhorar a capacidade, acesso, qualidade dos serviços e programas de atenção às pessoas com transtornos mentais.

Nesse sentido, a consolidação legislativa e o pioneirismo brasileiro muito têm a contribuir com a situação atual do Uruguai, que apesar de iniciante na temática e de não possuir legislação específica sobre o tema, possui a vantagem de dispor de uma população pequena, comparada ao Brasil, e assim, há de se crer que o Uruguai possui grandes perspectivas de instituir o direito à saúde mental de forma plena, eficiente e exemplar, podendo servir no futuro, de modelo mundial de sucesso.

Para além da concepção adotada de direito à saúde no Brasil e no Uruguai, o direito à saúde mental deve ser considerado um autêntico direito humano, pois o direito à saúde está diretamente vinculado ao direito à vida, ao direito à integridade física e ao princípio da dignidade da pessoa humana, os quais devem ser protegidos internacionalmente.

Os direitos humanos não podem ser restringidos, nem ser percebido como meras categorias declarativas. Respeitar o pleno exercício dos direitos humanos exigem a ratificação de instrumentos internacionais neste domínio, e sua integração adequada e

harmonização do sistema jurídico de cada país, o que também passa pela adoção de inclusivas e abrangentes políticas públicas eficazes, para garantir a conformidade e assegurar a conformidade com as obrigações internacionais.

Nesse sentido, conclui-se que, ao se tratar de saúde mental, é necessário tomar os Direitos Humanos como diretrizes e alicerces da argumentação. Existe uma tradição em países latinos, incluindo o Brasil e o Uruguai, de copiar modelos legislativos e de políticas públicas de países mais desenvolvidos. Nessa esteira, países como a Itália e a Inglaterra que estão em estágio bem mais avançado nos serviços disponibilizados à assistência da saúde mental, muito podem contribuir com os países latino-americanos a melhorarem seus serviços e a prepararem planos de melhoria, sugerir reformas de políticas pública, criar, reformar legislações internas e continuar a realizar atividades e estratégias para promover a participação dos usuários, suas famílias, apoiadores e agentes comunitários na melhoria da saúde mental.

REFERÊNCIAS

ABS – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006.

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.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

_____. **Ensaios**: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2000.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**: Relato de um Hospital Psiquiátrico. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 35. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

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. Brasilia: 2001.

_____. **Convenção Americana de Direitos Humanos**, 1969. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm>. Acesso em: 27 de junho de 2016.

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

COPPOCK, Vicki; HOPTON, John. **Critical Perspectives on Mental Health**. London: Routledge, 2000.

CORREA FREITAS, Ruben, **Derecho Constitucional Contemporáneo.** Tomo I. FCU 2 ed. Montevideo: 2002.

DELGADO, P.G.G. et al**. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde mental no Brasil**: In: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R. (Org). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil.* Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

GUIMARÃES, Katia Burle dos Santos. **Saúde Mental do Médico e do Estudante de Medicina**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

KAJANDI, Madis. **A Psychiatric and Interactional Perspective**. In: NORDENFELT, Lennart. (Org.). **Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care.** Dordrecht: Kluwer, 1994. pp. 253-275.

KEMSHALL, Hazel. **Risk, Social Policy and Welfare**. Buckingham: Open UP, 2002.

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.

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

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

_____. **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.** WHA65.465. In: Asamblea Mundial de la Salud. Anais. Genebra: OMS, 2012.

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

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. Montevidéu: 1936.

_____. **Lei 19.172 de outubro de 2013. Maconha e seus derivados. Controle e regulação do Estado, da importação, produção, aquisição, armazenamento,**

comercialização e distribuição. Montevidéu: 2013. Disponível em: http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=19172&Anchor= Acesso em: 25 de maio de 2016.

_____. **Decreto Nº 120/2014.** Regulamenta a Lei 19.172, Maconha e seus derivados. Montevidéu: 2014.

_____. Organização das Nações Unidas. **Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1991.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** OMS; 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **A transformação da gestão de hospitais na América latina e Caribe.** Brasília, OPAS/OMS, 2004.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos**. Transtorno Mental e o Cuidado na Família.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ROTELLI, Franco. **Vivir sin Manicomios**: La Experiencia de Trieste. Buenos Aires: Topia, 2015.

TEIXEIRA, Elenaldo. **O local e o global: limites e desafios da participação cidadã.** 2. ed. São Paulo: Corteza, 2001.

THORNICROFT, Graham. **Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária.** Tradução de Melissa Tieko Muramoto. São Paulo: Manole, 2010.

VENEZUELA. Constituição (1990). **Declaração de Caracas**: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Caracas, 14 nov. 1990.