



Política de saúde mental no Brasil e no Paraguai: simetrias e assimetrias

Mental Health Policy in Brazil and Paraguay: symmetries and asymmetries

Juliana DOMINGUES*

Maria Geusina da SILVA**

Vera Maria Ribeiro NOGUEIRA***

Filipe Silva NERI****

Resumo: O objetivo deste estudo é apresentar e caracterizar o processo de implementação das Políticas de Saúde Mental no Brasil e no Paraguai a partir da lógica proposta pelo *Policy Cycle*: identificação do problema; conformação da agenda; formulação; implementação e avaliação da política. De maneira a atingir os objetivos propostos, realizou-se uma ampla revisão bibliográfica, pesquisa documental e análise de conteúdo no tratamento dos dados. Os resultados da pesquisa indicam que o processo de implementação no Brasil e no Paraguai vem se consolidando de maneira gradativa através de redes de atenção, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no caso do Brasil, e das Redes Integradas de Sistemas de Saúde/Linha de Cuidados em Saúde Mental (RISS) no Paraguai, apresentando simetrias e assimetrias nos seus processos de institucionalização.
Palavras-chave: Implementação. *Policy Cycle*. Política de Saúde Mental. Brasil. Paraguai.

Abstract: This article presents and characterises the implementation of Mental Health Policy in Brazil and Paraguay based on *Policy Cycle* logic; Problem identification; forming the agenda; formulation; implementation and evaluation. To achieve this objective a wide bibliographical review, documentary research and data content analysis were carried out. The results of the research indicate that the implementation process in Brazil and Paraguay has gradually been consolidated across treatment networks and the Network of Psychosocial Care (RAPS), in the case of Brazil, and the Integrated Networks of Health Systems/Care Line in Mental Health (RISS) in Paraguay, presenting both symmetries and asymmetries apparent in the process of institutionalisation.
Keywords: Implementation. *Policy Cycle*. Mental Health Policy. Brazil. Paraguay.

Submetido em: 13/7/2018. Revisado em: 28/9/2018. Aceito em: 18/10/2018.

* Assistente Social. Doutora em Política Social e Direitos Humanos pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Professora do curso de Serviço Social da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política (ILAESP, Foz do Iguaçu, Brasil). Avenida Tancredo Neves, 6731, Bloco 04, Foz do Iguaçu (PR), CEP. 85863-220. ORC ID: <<http://orcid.org/0000-0002-8080-8960>>. E-mail: <juliana.domingues@unila.edu.br>.

** Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), professora do curso de Serviço Social da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política (ILAESP, Foz do Iguaçu, Brasil). Avenida Tancredo Neves, 6731, Bloco 04, Foz do Iguaçu (PR), CEP. 85863-220. ORC ID: <<http://orcid.org/0000-0001-9336-8055>>. E-mail: <maria.silva@unila.edu.br>.

*** Assistente Social. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora colaboradora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora adjunta da Universidade Católica de Pelotas (UCPel, Pelotas, Brasil). R. Gonçalves Chaves, 373, Centro, Pelotas, CEP. 96015-560. ORC ID: <<http://orcid.org/0000-0003-4158-1510>>. E-mail: <veramrn@gmail.com>.

**** Estudante. Graduando em Serviço Social pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA, Foz do Iguaçu, Brasil). Avenida Tancredo Neves, no. 6731, Bloco 04, Foz do Iguaçu (PR), CEP. 85863-220. ORC ID: <<http://orcid.org/0000-0002-0395-9423>>. E-mail: <filipe.neri@aluno.unila.edu.br>.



INTRODUÇÃO

A temática sobre saúde mental, na atualidade, vem ganhando destaque nas publicações elaboradas por organismos internacionais de saúde evidenciando, sobretudo na América Latina, o aumento dos transtornos psíquicos e do uso de substâncias psicoativas. Ao mesmo tempo, vem denunciando uma rede de atenção em saúde mental insuficiente e de baixa resolutividade, além de cotidianas violações de direitos humanos, sendo reconhecida como um grave e crescente problema sanitário (ORGANIZAÇÃO PANAMERICA DE SAÚDE, 2013a).

Tal situação, no final dos anos 1980, levou a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) a realizar um diagnóstico da assistência psiquiátrica em todo o continente, repercutindo na posterior convocação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Conferência de Reorientação na Assistência Psiquiátrica, realizada nos anos 1990. Resultante desse processo, a Declaração de Caracas tornou-se um marco na América Latina para a incorporação de um modelo de atenção em saúde mental de base comunitária, com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com vistas a romper definitivamente no continente as históricas práticas manicomiais, segregadoras e estigmatizantes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1990).

Brasil e Paraguai integram o rol dos países que se tornaram signatários da Declaração de Caracas e implementam suas Políticas Nacionais de Saúde Mental, nos anos de 2001 e 2011, respectivamente, assumindo, em suas normativas legais, a incorporação dos princípios e diretrizes do novo modelo de atenção em saúde mental. Além disso, nos anos de 2009 e 2011, o Paraguai realiza Acordos de Cooperação Técnica com o Brasil (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2013b) para elaborar uma nova política de saúde mental no país, bem como para conhecer a intervenção em saúde mental realizada pelo Programa de Saúde da Família em território brasileiro.

A proximidade territorial, associada aos diversos processos de integração realizados entre Brasil e Paraguai através de acordos, parcerias e convênios, sobretudo os Termos de Cooperação Técnica para a formulação da Política de Saúde Mental do Paraguai, fizeram suscitar em Domingues (2018) indagações sobre as simetrias e assimetrias no processo de implementação dessa política nos dois países, tornando-se objeto de estudo na pesquisa que resultou na tese de doutoramento da autora, intitulada *A implementação da Política de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu (BR) e Ciudad del Este (PY)*, apresentada no Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Direitos Humanos da Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

As análises realizadas consideraram a diferença temporal entre a institucionalização das Políticas de Saúde Mental, ocorrida no Brasil, nos anos de 2001, e no Paraguai, nos anos de 2011, e os distintos processos políticos, econômicos e sociais que caracterizam as suas histórias de desenvolvimento. Dessa forma, o estudo realizado não tem cunho comparativo e seu objetivo é apresentar e caracterizar o processo de implementação das Políticas de Saúde Mental no Brasil e no Paraguai a partir da lógica proposta pelo *Policy Cycle*.

O artigo foi construído a partir de uma densa revisão de literatura, que se caracteriza pela análise de informações disponibilizadas por todos os estudos relevantes publicados com um determinado tema de forma a resumir a composição do conhecimento existente e concluir sobre o assunto de interesse (COOPER; HEDGES, 2009), permitindo estabelecer o aprofundamento sobre os assuntos através de mediações e possibilitando a realização de reflexões apresentadas no decorrer da exposição. Realizou-se, ainda, pesquisa documental nos sites do Ministério da Saúde do Brasil e do Paraguai, conforme exposição no Quadro 1, para acessar os documentos e normativas governamentais sobre a composição dos sistemas de saúde e saúde mental nos dois países.

Quadro 1 – Documentos e normativas governamentais sobre saúde e saúde mental.

Documentos consultados no Brasil	Documentos consultados no Paraguai
Declaração de Caracas, 1990.	Declaração de Caracas, 1990.
Constituição Federal de 1988.	Constituição Federal 1967 e 1992.
Portaria Ministério da Saúde 244/1992.	Plan Nacional de Salud Mental (1991-1993). Ministerio da Salud y Bienestar, 1991.
Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 1994.	Una alternativa en la Atención de Salud Mental y de la Asistencia Psiquiatrica Descentralizada. Ministerio da Salud y Bienestar ,1997.
Lei de Saúde Mental 10.216/2001. Ministério da Saúde, 2001.	Política Nacional de Salud Mental (2002-2006). Ministerio da Salud y Bienestar, 2002.
Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde, 2004.	Informe WHO – AIMS sobre el sistema de Salud Mental en Paraguay. OPAS, 2006.
Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas. Ministério da Saúde, 2006.	Alianza Patriótica para el Cambio. República del Paraguay. Gobierno de Unidad Nacional, 2008.
Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Ministério da Saúde, 2011.	Política Nacional de Salud Mental 2011-2020. Ministerio da Salud y Bienestar, 2011.
Saúde Mental em Dados. Ministério da Saúde, 2012.	Sistemas de Salud en Sudamerica: desafios hacia la integridade y equidade. Ministerio da Salud y Bienestar, 2011.
Implantação das Redes de Atenção a Saúde e Outras Estratégias da SAS. Ministério da Saúde, 2012.	Normas y procedimientos en la atención de salud mental. Ministerio de Salud e Bienestar Social, 2011.
Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação da Política de Saúde Mental. OPAS, 2009 e 2011.	Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação da Política de Saúde Mental. OPAS, 2009 e 2011.
Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2012.	Directorio de Servicios de Atención a la salud mental em la Red Integrada de Servicios de Salud. Ministerio de Salud e Bienestar Social, 2015.
Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras Estratégias da SAS. Ministério da Saúde, 2012.	Protocolo a ser aplicado en las Unidades de Salud para La Familia para la evaluación de las habilidades en Personas con diagnóstico de discapacidad pesicossocial. Ministerio de Salud e Bienestar Social, 2016.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A análise de conteúdo foi a técnica utilizada no tratamento e organização do material de pesquisa documental, conforme a proposição de Bardin (1995), sendo procedida pela descrição, agrupamento e análise do conteúdo dos marcos legais, com a intenção de levantar os temas principais e secundários de acordo com sua interlocução e significado para os objetivos analíticos propostos, visando estabelecer as simetrias e assimetrias na implementação das Políticas de Saúde Mental no Brasil e no Paraguai, elegendo-se como categorias de análise Ciclo de Políticas Públicas, Política de Saúde Mental, Redes de Serviço em Saúde e Saúde Mental e Implementação. Na apreensão da dinâmica do processo da implementação da Política de Saúde Mental no Brasil e Paraguai, utilizaram-se as referências de avaliação de políticas públicas, especialmente as concepções mais atuais do *Policy Cycle*, desenvolvidas a partir das teorias de Dye (1984) e Frey (2000).

1 O CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS – *POLICY CYCLE*

O desenvolvimento na produção de conhecimento sobre as políticas públicas e seus processos correlatos compõe, na atualidade, um amplo e diverso acervo teórico; porém, a origem de discussões sobre a temática de avaliação de políticas públicas inicia a partir dos anos 1950, nos Estados Unidos. Gradualmente, a evolução dos estudos envolvendo essas temáticas ganha centralidade nas discussões, tanto no âmbito governamental quanto acadêmico, afirmando-se como um campo de possibilidades quanto ao aprimoramento da política pública, promovendo a progressiva aproximação da área acadêmica e da administração pública. Tal situação possibilitou que o estudo sobre o desenvolvimento das políticas públicas “[...] se institucionalizasse e se desenvolvesse, tornando-se reconhecido tanto por pesquisadores quanto por *policy makers*” (SERAFIM; DIAS, 2012, p. 128).

Entre os estudos de destaque sobre a processualidade das políticas públicas, a ideia de ciclo da política – *Policy Cycle* –, inicialmente desenvolvida por Lasswell (1951), evoluiu e se tornou a perspectiva corrente mais compartilhada nos estudos atuais de políticas públicas, com grande parte de obras realizando análise por momentos ou fases do processo político. Sua contribuição, reside no fato de destacar a percepção de que existem diferentes etapas no processo de construção de uma política, apontando a necessidade de reconhecimento das especificidades de cada um desses estágios e possibilitando maior percepção para intervenções no processo político.

Remeter-nos-emos às concepções mais atuais de *Policy Cycle*, desenvolvidas a partir das teorias de Dye (1984) e Frey (2000), cuja proposta remete a cinco momentos de ciclos interligados, sucessivos e dinâmicos, divididos da seguinte forma: 1) Identificação do Problema; 2) Conformação da Agenda; 3) Formulação; 4) Implementação; 5) Avaliação da Política.

Na perspectiva do ciclo, o primeiro passo no desenvolvimento é a *identificação do problema* e a demonstração de sua relevância pública, tornando-se o ponto de partida para a geração de uma política pública. Seu reconhecimento enquanto problema na esfera governamental pode ou não

1 Simon (1947) atribuiu o termo decisores públicos (*policy makers*) aos profissionais que introduziram o conceito de racionalidade limitada na esfera estatal de avaliação de políticas públicas.

ocorrer de maneira concomitante aos acontecimentos identificados como problemáticos pela sociedade civil, podendo ter variações de tempo entre esses processos.

A etapa seguinte do *Policy Cycle* é denominada *conformação da agenda*, momento decisivo para o reconhecimento de um problema e sua incorporação na agenda, embora essa passagem não indique necessariamente a elaboração de uma política para solucioná-lo. Até que essa ação ocorra, diferentes interesses se colocam em disputa, revelando influências de diferentes faces de poder dos agentes políticos gerando “[...] conflitos referentes a qualquer processo de tomada de decisão que estão sujeitos à influência daqueles que detêm poder sobre ela e que buscam criar ou reforçar valores sociais e políticos e práticas institucionais [...]” (SERAFIM; DIAS, 2012 p. 129), desencadeando uma série de negociações tanto na esfera governamental quanto com a população demandatória para que de fato a situação evolua para a fase que a precede – a *formulação da política*.

A *formulação da política* se constitui na terceira etapa do *Policy Cycle*, caracterizada por marcar o momento em que ocorre o detalhamento das alternativas já definidas na *conformação da agenda*; organização de ideias; previsão de recursos e consultas à opinião de especialistas para a criação de estratégias que resultem no sucesso da proposta (SECCHI, 2012).

Ainda sobre a formulação de políticas públicas, alguns aspectos, como quem decide o quê, quando, com que consequências e para quem, estão relacionados “[...] com a natureza do regime político em que se vive, com o grau de organização da sociedade civil e com a cultura política vigente [...]” (TEIXEIRA, 2002, p. 2), evidenciando não só os projetos societários em disputa, como a sua percepção frente a todos os sujeitos envolvidos no processo de formulação. Sob esta lógica, a formulação assim como suas etapas antecessoras se caracterizam em processos de conflito, disputa de interesses e forças de poder.

A proposta defendida pelos autores está fundamentada no ciclo de políticas adotadas neste estudo e revela que as diferentes etapas estão integradas continuamente e pode ocorrer, mesmo após a formulação da política, o surgimento de um novo problema sobre o mesmo tema, exigindo intervenções, fazendo com que os processos de identificação do problema e conformação na agenda voltem a ser tensionados.

O mesmo pode ser afirmado em relação à quarta etapa: a *implementação*, definida como o momento de colocar uma determinada solução em prática. Esta fase envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública: o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros), entre outros (FARIA, 2012).

A implementação de política é uma fase do processo decorrente de ações políticas e uma etapa fundamental em que se produzem ações e resultados que servirão de base para o processo seguinte: a avaliação (TEIXEIRA, 2002).

De um modo geral, a *avaliação* de políticas públicas, quinta etapa do *Policy Cycle*, tem como objetivo a produção de dados confiáveis e sistematizados sobre as ações previstas com relação aos objetivos alcançados. Apresenta como meta a identificação de possíveis problemas na

formulação, implementação e gestão, criando condições para os ajustes necessários ao alcance dos objetivos inicialmente propostos pela política.

A sequência do *Policy Cycle* proposta por Dye (1984) Frey (2000) apresenta o processo em etapas, evidenciando a importância de tais ações para o sucesso de sua institucionalização. Nesse contexto, o desenvolvimento de estudos sobre a *implementação* de políticas públicas está fortemente atrelado às necessidades de desenvolvimento de melhorias nos processos político-administrativos que permitam o desenvolvimento das atividades de gestão (RUA, 1998).

Embora todas as etapas do ciclo das políticas sejam importantes para que se obtenha êxito nas ações propostas, a *implementação* enquanto objeto de estudo vem ganhando destaque, desde os anos 1970, com a publicação do trabalho *Implementação*, desenvolvido por Pressman e Wildavsky (1973), que passou a ser reconhecida como uma dimensão crucial para explicar o sucesso ou o fracasso no desenho das políticas públicas.

Entre os estudos mais recentes sobre implementação, evidenciou-se que, entre o processo de *formulação e implementação* de políticas públicas, notabiliza-se, especialmente em seus resultados, diferentes formas de exercício do poder político, da distribuição e redistribuição de poder, assim como os conflitos nos processos de execução das políticas, resultando em muitas situações a necessidade de adaptações, a fim de atender aos resultados (FARIA, 2005).

Ainda que a implementação seja considerada uma fase na perspectiva do *Policy Cycle*, sua importância não pode ser reduzida a uma etapa administrativa, dada a complexidade de ações, interesses e atores envolvidos e, em razão dessas características, proposições iniciais podem ser modificadas, excluídas ou ampliadas para depender aos interesses políticos e econômicos em jogo, e, sob tal lógica, apresentaremos as simetrias e assimetrias da implementação da Política de Saúde Mental no Brasil e no Paraguai.

2 AS SIMETRIAS E ASSIMETRIAS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO PARAGUAI SOB A LÓGICA DO *POLICY CYCLE*

A incorporação na agenda governamental da temática saúde mental, no Brasil e no Paraguai, perpassa caminhos distintos no que diz respeito à sua institucionalização, considerando suas trajetórias de implantação, desenvolvimento e diferença temporal de criação, respectivamente, entre os países. Preservadas as peculiaridades de cada país, existem processos que as tornam similares e de certa forma unificadas com relação à orientação na assistência psiquiátrica na América Latina.

Reiteramos que a exposição dos processos de implementação nas Políticas Nacionais de Saúde Mental, evidenciando suas simetrias e assimetrias, não tem nenhuma pretensão de compará-las, o que nem poderia ser realizado, devido ao fato de o Brasil ter institucionalizado a sua Política de Saúde Mental nos anos de 2001 e o Paraguai uma década depois, em 2011. Esses dez anos a mais de trajetória na implementação da política de saúde mental colocam o Brasil em uma condição diferenciada em relação ao seu vizinho em todas as etapas do processo de institucionalização.

O primeiro elemento que unifica as ações em saúde mental nos dois países remete à Declaração de Caracas, instrumento marco no processo de reorientação da assistência psiquiátrica nos países da América Latina emitido nos anos de 1990, do qual Brasil e Paraguai participaram e se tornaram signatários, responsabilizando-se pela construção de uma rede de atenção em saúde mental de base comunitária, dando fim ao histórico de institucionalização de longa permanência a pessoa com transtorno psíquico, ocorrido nos dois países.

A segunda ação unificadora entre os países ocorreu nos anos de 2009, com o Termo de Cooperação Técnica, no qual representantes da assistência psiquiátrica do Paraguai vieram conhecer as boas práticas de saúde mental realizadas no Brasil, com a possibilidade de incorporá-las na política de saúde mental de seu país. Em um segundo momento, nos anos de 2011, esse acordo foi realizado novamente para conhecer a proposta de atuação do Programa de Saúde da Família (PSF) do Brasil e a forma como este se relacionava com a rede de serviços de saúde mental. Como resultante desse processo de interação, o PSF foi incorporado à rede de atenção primária em saúde e atualmente as Unidades de Saúde da Família estão registradas na Política de Saúde Mental do Paraguai como as responsáveis pela assistência em saúde mental na rede primária de saúde.

A questão da atenção à saúde mental no Brasil emerge como tema importante, associada ao processo de redemocratização do país, que viveu sob a ditadura militar por vinte e um anos, com seu término nos anos de 1985. Antes, durante e depois da ditadura militar no Brasil, o movimento de Reforma Sanitária já discutia a necessidade de diversas mudanças, como a ampliação do conceito em saúde, a universalidade, a equidade, a descentralização, o controle social e outros temas referentes a esse assunto. O auge do movimento ocorre na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada nos anos de 1996, quando é aprovado, quase na sua totalidade, o Relatório Final, tornando-se o marco para a institucionalização do direito à saúde, garantido com a promulgação da Constituição Federal do Brasil nos anos de 1988 e consolidado através da criação de um Sistema Único de Saúde (SUS).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada nos anos de 1987, ocorre como um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, e teve um papel relevante na construção da atenção em saúde mental no país, formulada e organizada pelo Movimento de Luta Antimanicomial, criado no final dos anos 1980, formado por profissionais, familiares, e usuários de serviços de assistência psiquiátrica.

De forma concomitante, a Reforma Sanitária e o Movimento de Luta Antimanicomial impulsionaram as discussões sobre a necessidade de promover uma reforma na assistência em saúde mental do país e promoveu, nos anos de 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que deliberou sobre as mudanças iniciais na assistência psiquiátrica.

De forma objetiva, podemos identificar que as primeiras etapas do processo de implementação: *a identificação do problema, a incorporação na agenda e a formulação da política* de saúde mental no Brasil, ocorrem pela via de manifestações da sociedade civil, através dos movimentos de Reforma Sanitária e Luta Antimanicomial, em um contexto marcado pela ampla participação popular no processo de construção de um Estado Democrático de Direito no Brasil.

A criação da Lei 10.216/2001 segue um padrão contrário ao da maioria dos países da América Latina que inicialmente criam as políticas e posteriormente aprovam uma Lei de Saúde Mental. O Brasil realizou essas duas ações de forma conjunta, aprovando a Lei de Saúde Mental no país, responsabilizando o Estado para o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde as pessoas com transtorno psíquico.

No caso do Paraguai, seguindo a tendência da maioria dos países da América Latina, a criação das Políticas de Saúde Mental, nos anos de 2002 e 2011, foi realizada sem a existência de uma lei de saúde mental; atualmente existe um projeto de lei para regulamentação, porém sem previsão para ser votado (PARAGUAY, 2011). A inexistência desse mecanismo legal impacta todo o desenvolvimento da política de saúde mental no país, especialmente com relação à obrigatoriedade governamental na criação e ampliação da rede, na ausência de normatização sobre o período de permanência de internação e na proteção dos direitos humanos dos usuários de saúde mental.

No Paraguai, o regime ditatorial perdurou trinta e cinco anos, tendo seu término nos anos de 1989, configurando um processo de redemocratização em um cenário econômico e político marcado por altos índices de pobreza e desigualdade social. Nesse contexto de adversidades, o direito à saúde foi garantido na Constituição de 1992 e o Sistema Nacional de Saúde foi instituído nos anos de 1996 e reformulado em 2005.

O Paraguai se insere no grupo dos países mais pobres da América Latina. A conturbada história política desse país, governado desde a sua independência por oligarquias e por militares que chegaram ao poder mediante sucessivos golpes de estado, foi o fator chave para a perpetuação do elevado grau de miséria e atraso de sua sociedade (SPRANDEL, 2000, p. 310).

No que se refere à saúde mental, desde 1917 o Hospital Psiquiátrico, localizado em Assunção era a única instituição do país especializada em saúde mental, e não há registros de nenhuma normativa legal que orientasse as ações em saúde mental. A primeira proposta governamental destinada à saúde mental no país é formulada nos anos de 1991, anterior à promulgação da Constituição de 1992, como resposta às tratativas assumidas no encontro de Caracas para o reordenamento da assistência psiquiátrica na América Latina.

O Plano Nacional de Saúde Mental (1991-1993) orientava de maneira geral as ações de saúde mental, apontando a necessidade de ampliação da rede de atenção e a imprescindibilidade de um diagnóstico sobre as condições da atenção psiquiátrica no país, só realizado nos anos de 1997. O diagnóstico demonstrou que a assistência psiquiátrica no Paraguai estava em desconformidade com as novas diretrizes de atenção psiquiátrica na América Latina, especialmente no que se refere ao fim do modelo hospitalocêntrico, considerando que naquele momento ainda se tinha como única referência de atenção em saúde mental a internação no único hospital psiquiátrico do país. No mesmo ano de publicação do diagnóstico, identifica-se a criação da primeira Comunidade Terapêutica, em consonância com as proposições de Caracas.

En el proceso de transición a la Democracia en el Paraguay, la salud mental ha ido cobrando importancia y el Departamento de Salud Mental del M.S.P.y B.S. ha tenido la meta de crear Unidades Descentralizadas de Salud Mental en las Regiones siguiendo los objetivos de la Declaración de Caracas para impulsar la Reestructuración de la Atención em Salud Mental y la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica, asistencia que siempre estuvo centralizada en la Hospital Psiquiátrico, sede de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la UMA, y que no acompañó los avances de esta disciplina (PARAGUAY, 1997, p. 18).

Até os anos 2002, a temática de saúde mental permaneceu secundarizada como *identificação de problema e incorporação na agenda governamental*, e o Paraguai fazia parte dos 40% de países da América Latina sem política de saúde mental. Frente a essa situação e tensionado apenas por trabalhadores de saúde mental que evidenciavam a necessidade de melhorias no atendimento em saúde mental, ainda centralizado no Hospital Psiquiátrico; é formulada a primeira política de saúde mental, com a participação de profissionais da área de saúde de todas as regiões do Paraguai, sobretudo médicos e médicos psiquiatras, sem a participação da sociedade civil (PARAGUAY, 2011). Não foram encontrados registros sobre sua implementação, no entanto, seu conteúdo apontou a mudança de um modelo hospitalocêntrico para um medicocêntrico, transparecendo mais um plano do que uma Política de Saúde Mental.

Nos anos de 2003, o Paraguai recebe a primeira visita da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), seguida de uma intervenção em caráter de emergência para proteger a vida e a saúde de mais de quatrocentas pessoas, entre elas duas crianças, que estavam internadas no Hospital Psiquiátrico, recebendo uma medida cautelar que impunha a obrigatoriedade de melhorias urgentes nas condições do hospital e na criação de uma rede de serviços ambulatoriais, a ser cumprida no prazo de cinco anos. Esse acontecimento caracterizou-se como a “[...] primera vez que la Comisión convocó a la toma inmediata de medidas críticas para combatir una serie de abusos que se venían cometiendo en una institución psiquiátrica” (HILMANN, 2005, p. 1).

Essa situação colocou o país na mira da Comissão, que retornou nos anos de 2004, 2009 e 2010 ao Paraguai para verificação da situação da saúde mental e impôs quatro medidas cautelares e um acordo para prorrogação do prazo de adequação do termo de compromisso para consolidar a rede de saúde mental, forçando o aparelho estatal a incluir de forma mais intensa a saúde mental na agenda de prioridades do país.

Dessa forma, entendemos que a *identificação do problema, a incorporação na agenda e a formulação das políticas* de saúde mental nos anos de 2002 e 2011, no Paraguai, apresentam características distintas. Com relação à institucionalização da política dos anos de 2002, identificamos em todas as suas primeiras três etapas que não houve participação da sociedade civil, nem em forma de denúncias contra os maus-tratos dos internos, nem na participação do processo de formulação do seu conteúdo, elaborado em sua maioria por médicos e médicos psiquiatras, com participação de um pequeno número outros profissionais da área da saúde. O tensionamento para melhorias na assistência em saúde mental junto ao Ministério de Saúde e Bem-Estar era realizado apenas por profissionais de saúde.

Esses processos iniciais se alteram na implementação da Política de Saúde Mental de 2011, haja vista que as intervenções e sanções aplicadas pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos impulsionaram o Ministério da Saúde e Bem-Estar na construção de uma Política de Saúde Mental que contemplasse a participação dos usuários, amigos, familiares, trabalhadores e gestores de saúde mental. Desde 2009, foram realizados três fóruns em regiões diferentes do país para a discussão das propostas que dariam base à política em curso.

Se realizaron en el año 2009 tres Foros Regionales de los que participaron profesionales de salud mental, miembros de la sociedad civil, universidades, municipalidades, gobernaciones, asociación de familiares y voluntarios de salud mental: Primer Foro Regional realizado en la ciudad de Pedro Juan Caballero, en fecha 6 y 7 de Mayo de 2009 del que participaron 93 personas. Segundo Foro Regional realizado en la ciudad de San Juan Bautista, Misiones, en fecha 27 y 28 de Mayo de 2009, con la participación de 72 personas. Tercer Foro Regional realizado en la ciudad de Coronel Oviedo, en fecha 1 y 2 de Junio de 2009, participaron 82 personas (PARAGUAY, 2011, p. 17)

Nesse sentido, constatamos que, nesse segundo momento de implementação da política, a identificação do problema foi impulsionada após a primeira intervenção da CIDH, nos anos de 2003, amplamente divulgada pelos meios de comunicação, denunciando as condições em que viviam os internos do Hospital Psiquiátrico, dando visibilidade para a sociedade sobre a situação da assistência em saúde mental, nunca antes vista no país. Tal situação tensiona o aparato governamental a incluir a temática na agenda de prioridades do país, oportunizando e criando condições para a formulação da Política Nacional de Saúde Mental (2011-2020), realizada com a inédita participação de diversos segmentos sociais, e não só dos profissionais vinculados à área de saúde e saúde mental.

No Brasil, a implementação ocorre com a aprovação da Lei de Saúde Mental, nos anos de 2001, iniciando o processo de construção da política para a área no país. Inúmeros encontros de trabalhadores, usuários e familiares vão gradativamente delineando propostas para ampliar e melhorar a rede de atenção. O aparato governamental também está presente nesse processo, com a criação de portarias, decretos, normas operacionais e outros documentos que vão dando legitimidade, forma, organização e direção às ações e aos serviços de saúde mental.

Os princípios e diretrizes da Política de Saúde Mental, além de atender às propostas de Reforma Psiquiátrica Mundial, referendadas na América Latina pela Declaração de Caracas, nos anos de 1990, também se orientam pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS. De forma complementar, a Lei de Saúde Mental do país proíbe a construção de hospitais psiquiátricos e a política cria mecanismos para promover a desinstitucionalização dos internados em longa permanência, mediante a criação de uma rede de serviços que atenda os usuários na comunidade em que residem. São criados mecanismos de controle das internações psiquiátricas, capacitação dos recursos humanos e ocorrem inúmeros encontros entre trabalhadores, familiares e usuários de saúde mental, fortalecendo a luta coletiva para uma sociedade sem manicômios (BRASIL, 2015a).

No plano jurídico institucional, a estrutura de serviços é amplamente esmiuçada nos mais diversos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Departamento de Ações Programáticas

Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Há a previsão de ações e serviços por número de habitantes, por nível de atenção (básica, especializada, urgência/emergência e hospitalar), pela estrutura física e de recursos humanos que cada equipamento deve oferecer em relação à complexidade de atendimentos, regulamentação e controle das internações psiquiátrica e financiamento, oferecendo uma clara orientação sobre a incumbência individual e coletiva de cada um dos componentes que constituem a rede de assistência psiquiátrica, que inclui serviços aos usuários de substância psicoativa.

A criação da Rede de Atenção em Saúde (RAS) deriva da iniciativa da OPAS para a renovação da atenção primária em saúde, realizada nos anos de 2010, com a publicação da Série 4 da *La Renovación de La Atención Primaria de Salud em las Américas – Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política e Hoja de Ruta para su Implementación en Las Américas*. O Brasil incorporou as indicações e adaptou a proposta das Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) ao SUS, criando a RAS e as redes temáticas que a constituem (DOMINGUES, 2018).

A normatização jurídica formal dessa nova forma de organização do SUS foi consolidada com a emissão da portaria GM n. 4279, de dezembro de 2010. A partir desse reordenamento, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada na estrutura da RAS e nela incluiu-se, trazendo uma nova estrutura no funcionamento dos serviços.

A Rede de Atenção Psicossocial - Raps é composta pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Estratégica; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar, sendo complementada por Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Cada componente tem a indicação dos serviços em cada nível de atenção, bem como o desenvolvimento de ações estratégicas nos processos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2015b, p. 12).

No nível da atenção básica em saúde, os atendimentos em saúde mental mantêm-se sobre a responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e são incorporados os Consultórios de Rua e o Centro de Convivência e Cultura, regulamentado por portaria específica (BRASIL, 2015b).

Na atenção especializada, agora denominada Atenção Psicossocial Estratégica, os Centros de Atenção Psicossocial CAPS, nas suas diferentes modalidades de atenção, continuam a ser referência e, nas situações de urgência e emergência, o Serviço de Atendimento Móvel (SAMU), as Unidades Pronto Atendimento (UPA) e a Sala de Estabilização passam em conjunto com as portas hospitalares e as unidades básicas de saúde a integrar esse nível de atenção.

A RAS e a RAPS foram institucionalizadas para que os usuários, profissionais e demais segmentos conhecessem e se situassem na organização da rede nos seus diferentes níveis de atenção. Para além disso, esse reordenamento não faria sentido se o grande objetivo da implementação das redes, que é a comunicação e interação entre as instituições e os profissionais, não ocorresse. Dessa forma, o passo seguinte do Ministério da Saúde, após a criação das Redes, e mais particularmente da RAPS, foi a publicação do documento sobre o Matriciamento em Saúde Mental, que se coloca como um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, implantando uma

proposta de intervenção pedagógico-terapêutica para os usuários, com vistas a contribuir na melhora do seu quadro de saúde mental. Além de publicar o documento explicitando todas as questões sobre o Matriciamento, o Ministério da Saúde abriu inscrições aos municípios que desejassem consultoria no processo de implementação da RAPS e do Matriciamento em Saúde Mental.

O atual processo de implementação da Política de Saúde Mental no Brasil vive um momento de transição entre o modelo de atenção realizado até o final dos anos de 2010 e o proposto com a criação das RAS e RAPS. A nova proposta traz alterações na estrutura da atenção em saúde mental, amplia a oferta de serviços e orienta as ações e responsabilidades de cada componente. Além disso, a RAPS incorpora serviços novos, como as Unidades de Acolhimento e Salas de Estabilização, o que demandará dos municípios investimento financeiro, de recursos humanos e capacitação de toda a rede de saúde para que os atendimentos ocorram na lógica da RAS e da RAPS.

A primeira Política de Saúde Mental do Paraguai, criada nos anos de 2002, previa a implementação de serviços de saúde mental comunitários que integrassem diferentes programas para assistência psiquiátrica. Essa descentralização deveria ser acompanhada de investimentos financeiros e de recursos humanos, da elaboração de protocolos de intervenção para as problemáticas mais relevantes em saúde mental e na prevenção ao uso de álcool e outras drogas. A criação de uma legislação em saúde mental que integre os serviços de saúde e promova a proteção dos direitos humanos dos usuários. Todo o conteúdo da política está registrado em cinco páginas e não detalha, por níveis de atenção, quais os serviços a serem criados, quais os recursos humanos serão necessários, como ocorrerá a capacitação e outras questões orientadoras do processo de implementação, assim como identificou-se uma escassez de produção sobre os impactos da referida política na assistência em saúde mental no país.

La política Nacional de Salud Mental del Paraguay tiene como Objetivo General mejorar la Salud Mental de las personas y de los grupos, sin distinción de raza, religión, género, edad, ideología política o condición económica y social para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo a promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas afectivas, relacionales el logro de las metas individuales y colectivas, en concordia con la justicia social, el bien común y la protección de los Derechos Humanos (PARAGUAY, 2002, p. 17).

A segunda Política de Saúde Mental do Paraguai (2011-2010) tem seus primeiros processos desenhados após as intervenções da Comissão Interamericana de Direitos Humanos e seu conteúdo é mais detalhista que a política anterior, especialmente ao orientar que a implementação das ações em saúde mental, nos diferentes níveis de atenção, ocorrerá através das RISS. A política tem como diretrizes e princípios a qualidade de vida e saúde com equidade, preservando-se a universalidade de acesso, a integralidade das ações e a participação da sociedade civil como protagonista nos processos de controle social. Concebe os sujeitos a partir de uma perspectiva integral como um ser biopsicossocial e se sustenta pelos valores de: Respeito à Vida e à Diversidade; Humanização da Atenção; Qualidade na Atenção; Responsabilidade Cidadã; Competência Técnica; Solidariedade, Perseverança e Confidencialidade.

En el marco de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, reivindican para el área de la salud mental, sector largamente postergado, lo declarado en ellas: “un modelo de atención capaz de dar respuesta suficiente y coherente, un modelo que desmonte cualquier tipo de exclusión, convirtiendo la lucha por la salud y el bienestar del pueblo en una Política de Estado (PARAGUAY, 2011, p. 17).

O modelo promocional de saúde mental previsto na atual política propõe a atenção comunitária de saúde como alternativa de inclusão ao mesmo tempo que busca organizar com os sujeitos-chaves quais processos emergem nos contextos comunitários e a melhor forma de atender os padecedores de enfermidades mentais. De forma a materializar essa orientação, as ações em saúde mental devem ser implementadas através das RISS, que preveem em sua organização uma linha de cuidados em saúde mental. A criação das RISS segue a orientação da reforma da atenção básica na América Latina, que inclusive usa a mesma terminologia – RISS – para designar essa nova forma de organização.

A incorporação das RISS como uma nova proposta de organização do Sistema Nacional de Saúde vem sendo progressivamente implantada desde os anos de 2013, através do Plano Estratégico Institucional 2013-2018, aprovado pela Resolução S.G. n. 52, de fevereiro de 2014, pelo governo paraguaio. Nas RISS, existe uma linha de cuidados em saúde mental na qual estão previstos os serviços em cada nível de atenção, sendo as Equipes de Saúde da Família – compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde – designadas para realizar ações educativas, preventivas, assistenciais e reabilitadoras de saúde mental em todos as etapas do curso de vida (PARAGUAY, 2011).

A atenção especializada deverá ser realizada nos Centros Comunitários de Saúde Mental (1 a cada 15 Unidades de Saúde da Família), anexos preferencialmente aos Centros Ambulatórios de Especialidade ou, ainda, junto a hospitais gerais e distritais e outros locais que apresentem estrutura física adequada. Os Centros Comunitários de Saúde devem ter uma equipe de saúde mental, embora a Política de Saúde Mental não detalhe a quantidade de profissionais de cada área, que deve ser composta de psicólogo, psicopedagogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou artesão, médico clínico e médico psiquiatra, prestando assistência ao conjunto de demandas de transtornos mentais decorrentes de violência ou de uso de substância psicoativa ou sequelas de violações de direitos humanos, devendo ser realizadas com o apoio das Equipes de Saúde da Família (PARAGUAY, 2011).

As RISS preveem, ainda, uma Rede de Atenção às Urgências/Emergências e Rede de Atenção Hospitalar. Na primeira só há registro de que todos os serviços de urgência do país estarão preparados para atender às demandas, sem descrever quais são, e que o Centro de Reguladores contará com um médico capacitado em saúde mental para dar orientações aos profissionais e usuários. Na Atenção Hospitalar, a indicação é que todos os encaminhamentos se baseiem no Manual de Manejo Clínico de Transtornos Mentais na Atenção Primária, devendo 10% dos leitos de Hospital Geral serem destinados à internação psiquiátrica. A Política ainda apresenta dois pequenos itens sobre a atenção aos usuários de substância psicoativa e a criação dos denominados *Hogares Substitutos*, espaços destinados aos usuários internados em longa permanência.

A necessidade de oferecer subsídios para a implementação dessa nova proposta de atenção em saúde mental expressa na Política de Saúde Mental do Paraguai, levou o Ministério da Saúde e Bem Estar Social a publicar manuais e guias de protocolo a serem usados como marcos norteadores das ações em saúde mental: Normas e Procedimentos na Atenção em Saúde Mental (2011), Manejo Clínico de Transtornos Mentais na Atenção Primária em Saúde (2011) e o Guia de Critérios de Admissão de Pessoas com Transtornos Mentais (2013). O conteúdo desses manuais vem sendo trabalhado no Paraguai em forma de capacitações, realizadas pela atual gestora de saúde mental do país em todas as Regiões Sanitárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentados os percursos de implementação das Políticas Nacionais de Saúde do Brasil e do Paraguai, concluímos que as simetrias nos seus processos de implementação estão balizadas nas diretrizes e princípios das orientações propostas no cenário latino-americano com a Declaração de Caracas e na incorporação da reorientação da atenção em saúde mental proposta pela OPAS, introduzindo as Redes de Saúde na orientação de serviços.

Com relação às suas assimetrias, destacamos inicialmente o fato de o Brasil institucionalizar a sua Política de Saúde Mental a partir de uma Lei de Saúde Mental, responsabilizando sua implementação pela esfera governamental em um contexto de mobilização social, enquanto no Paraguai a lei ainda segue em tramitação no Congresso e os movimentos sociais não tiveram protagonismo em razão do longo processo de ditadura vivenciado pelo país.

No Brasil, as particularidades políticas e sociais, evidenciadas no processo de democratização, associadas ao decurso de tempo que consolidou a organização de um Sistema Único de Saúde, permitiu que fossem criados um conjunto de aparatos jurídicos (normas, decretos, portarias) e outros documentos referentes à atenção de saúde mental que fundamentam, ampliam e atualizam constantemente a Política de Saúde Mental.

No Paraguai, devido à jovialidade da Política de Saúde Mental e todos os processos que vivenciou o país, o aparato jurídico-normativo da atenção em saúde mental está concentrado na atual Política Nacional de Saúde Mental (2011-2020) e nos manuais e guias de protocolo (três ao todo) em vigência. Há ainda muitas lacunas sobre como devem ser implementadas as ações na assistência psiquiátrica previstas na referida política.

A falta de direcionamento e detalhamento das ações na Política de Saúde Mental do Paraguai se potencializa ainda mais sobre as questões envolvendo os processos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários de substância psicoativa, mencionados de forma bem superficial no conteúdo de toda a Política de Saúde Mental do Paraguai. A inexistência de uma Lei de Saúde Mental é um grande obstáculo para a melhoria na atenção das pessoas com transtorno psíquico no país.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília [DF]: OPAS, 2015a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras Estratégias da SAS**. Brasília (DF), 2015b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

COOPER, H., HEDGES, L. Research Synthesis as a Scientific Process. In: H. COOPER, L. HEDGES J. VALENTINE (eds.). **The Handbook of Research Synthesis and Meta-Analysis**. 2. ed. New York: Russel Sage Foundation, 2009.

DYE, T. R. **Policy Analysis**: what governments do, why they do it, and what difference it makes. Tuscaloosa: University of Alabama Press, 1984.

DOMINGUES, J. **A implementação da Política de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu (BR) e Ciudad del Este (PY)**. 2018. Tese (Doutorado em Política Social e Direitos Humanos)–Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos da Universidade Católica de Pelotas UCPel, Pelotas, 2018. Disponível em: <http://pos.ucpel.edu.br/ppgps/wp-content/uploads/sites/5/2018/04/Tese_-_Juliana_Domingues.pdf>. Acesso em: 20 maio 2018.

FARIA, C. A. P. **A Política de Avaliação de Políticas Públicas**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, out. 2005. Disponível em: <<http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper44.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.

FARIA, C. A. P. Implementação: ainda o “elo perdido” da Análise de Políticas Públicas no Brasil? In: FARIA, C. A. P. (Org.). **Implementação de Políticas Públicas**: teoria e prática. Belo Horizonte: PUC Minas, 2012.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília (DF), n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

HILMANN, A. A. **Los derechos humanos y la excludación: un triunfo para el continente americano**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 18, n. 4-5, Whashington, oct./nov.2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900018>. Acesso em: 29 jun. 2018.

LASSWELL, H. D. The Policy Orientation. In: LERNER, D.; LASSWELL, H. D. (eds.). **The Policy Sciences**: Recent Developments in Scope and Method. Stanford: Stanford University Press, 1951.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (Silos). 14 nov. 1990, Caracas; Venezuela, 1990.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAUDE (OPAS). **WHO-AIMS**: Informe de la Evaluación de los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. Washington, DC: OPAS, 2013a. Disponível em: <<http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAUDE (OPAS). **Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa de Saúde Mental, 2009 e 2011**. Brasília (DF), 2013b. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/3145acbce74222e09c33ac1c895786251eff328a.PDF>>. Acesso em: 20 set. 2017.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Mental. **Política Nacional de Salud Mental 2011-2020**. Assunción, 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=333-politica-de-salud-mental&Itemid=253>. Acesso em: 20 set. 2017.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Programas de Salud. Dirección de Salud Mental. **Política Nacional de Salud Mental 2002-2006**. Assunción, 2002.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Departamento de Salud Mental. Organización Panamericana de Salud, Unidad de Salud Mental Regional. **Una alternativa en la Atención de Salud Mental y de la Asistencia Psiquiátrica Descentralizada**. Assunción, 1997.

PRESSMAN, J. L; WILDAVSKY, A. B. **Implementation**: how great expectations in Washington are dashed in Oakland: or, why it's amazing that Federal programs work at all, this being a saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1973.

RUA, M. das G. **Análise de políticas públicas: conceitos básicos**. In: RUA, M. das G.; CARVALHO, M. I. V. de (Orgs.). **O estudo da política**: tópicos selecionados. Brasília (DF): Paralelo 15, 1998.

SECCHI, L. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análises, casos práticos. São Paulo: CENGAGE Learning, 2012.

SERAFIM, M. P.; DIAS, R. de B. Análise de política: uma revisão de literatura. **Cadernos Gestão Social**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 121-134, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/cgs/article/viewArticle/213>>. Acesso em: 20 set. 2017.

SIMON, H. A. **Administrative Behavior**: a study of decision-making processes in administrative organization. New York: Macmillan, 1947.

SPRANDEL, M. Una Identidad de Frontera y sus Transformaciones. In: COLECCIÓN Signo. Tradução: Laura Abramzón. Buenos Aires: Ediciones Ciccus, set. 2000.

TEIXEIRA, E. C. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **Cadernos da AATR – BA**, Salvador, 2002. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2017.

Juliana DOMINGUES Concepção e delineamento do artigo, na pesquisa documental e bibliográfica, na análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e, por fim, na sua revisão crítica. A pesquisa que resultou este texto não teve financiamento nem das unidades acadêmicas e nem de agência de fomento.

Maria Geusina da SILVA Concepção e delineamento do artigo, na pesquisa documental e bibliográfica, na análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e, por fim, na sua revisão crítica. A pesquisa que resultou este texto não teve financiamento nem das unidades acadêmicas e nem de agência de fomento.

Vera Maria Ribeiro NOGUEIRA Concepção e delineamento do artigo, na pesquisa documental e bibliográfica, na análise e interpretação dos dados, na redação do artigo, na sua revisão crítica e, por fim, aprovação da versão a ser publicada. A pesquisa que resultou este texto não teve financiamento nem das unidades acadêmicas e nem de agência de fomento.

Filipe Silva NERI Contribuiu na análise, interpretação dos dados e redação do artigo. A pesquisa que resultou este texto não teve financiamento nem das unidades acadêmicas e nem de agência de fomento.
