

154^a SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 16 a 20 de junho de 2014

Tema 4.6 da Agenda Provisória

CE154/15
2 de abril de 2014
Original: espanhol

PLANO DE AÇÃO SOBRE SAÚDE MENTAL

Introdução

1. A prevalência dos transtornos mentais é alta por todo o mundo, e estes contribuem de maneira importante para a morbidade, a descapacitação e a mortalidade prematura. Entretanto, os recursos que os países destinam para enfrentar essa situação são insuficientes, estão distribuídos desigualmente e, por vezes, são usados de maneira ineficaz. Essa situação levou à formação de uma lacuna em matéria de tratamento que, em muitos países, representa uma defasagem superior a 70%. O estigma, a exclusão social e a discriminação que rodeiam as pessoas com transtornos mentais agravam ainda mais a situação (1, 2).

2. *Não há saúde sem saúde mental.* Essa mensagem expressa claramente a necessidade de uma abordagem integral à saúde e enfatiza os vínculos entre os aspectos físico e psicossocial no processo de saúde. Os transtornos mentais aumentam o risco de incidência de outras doenças, além de contribuir para a incidência de lesões intencionais e não intencionais. Por outro lado, as enfermidades aumentam o risco de incidência de transtornos mentais, transmissíveis ou não. Coordenar a atenção e tratamento dos transtornos mentais, e de outras condições físicas, pode melhorar os resultados de ambos (2, 3).

3. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “um estado de bem estar em que o indivíduo realiza suas capacidades, supera o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e contribui de alguma forma para sua comunidade” (4).

4. Em 2013, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o Plano de ação integral sobre a saúde mental 2013-2020 (4). Também em 2013, o Conselho Diretor da OPAS adotou seu Plano Estratégico 2014-2019 (5). Como consequência, ficou decidido que o Plano de Ação para a Saúde Mental adotado em 2009 seria revisado, atualizado e alinhado aos seguintes planos: Plano Estratégico da OPAS e Plano de ação integral sobre a saúde mental da OMS (2, 4).

Antecedentes

5. A Declaração de Caracas (1990) foi um marco histórico nas Américas e destacou que havia a necessidade de substituir a atenção centrada em hospitais psiquiátricos por uma prestação de serviços descentralizada, participativa, integral, contínua, preventiva, com base na comunidade e respeitosa dos direitos humanos (6, 7).

6. Em 1997 e 2001, o Conselho Diretor da OPAS abordou o tema da saúde mental e emitiu resoluções nas quais instava aos Estados Membros que incluíssem a saúde mental entre suas prioridades (8, 9). As conferências regionais de saúde, realizadas em Brasília (2005) e no Panamá (2010), avaliaram o caminho percorrido (10, 11, 12). Em 2007, os países da Região aprovaram a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 (13).

7. Nos últimos anos, os documentos programáticos de grande relevância listados abaixo foram aprovados:

- a) Programa de Ação para Superar as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP-IG por sua sigla em inglês), OMS, 2008; *Guía de intervención del mhGAP* (mhGAP-IG), OMS, 2010 (14, 15).
- b) Estratégia e Plano de Ação sobre Saúde Mental, OPAS, 2011; Estratégia e Plano de Ação sobre Epilepsia, OPAS, 2009 (2, 16).
- c) Estratégia Mundial para Reduzir o Uso Nocivo de Álcool, OMS, 2011; Plano de Ação para Reduzir o Consumo Nocivo de Álcool, OPAS, 2010 (17, 18).
- d) Estratégia sobre o Uso de Substâncias e Saúde Pública, OPAS, 2011; Plano de Ação sobre o Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública, OPAS, 2010 (19, 20).
- e) Declaração Política sobre Enfermidades Não Transmissíveis (ENT) ONU, 2011; Marco Mundial de Vigilância Integral OMS, 2013; Plano de Ação para Prevenção e Controle de Enfermidades Transmissíveis, OPAS, 2013 (21, 22, 23).
- f) Plano Estratégico 2014-2019, OPAS (5).
- g) Plano de ação integral sobre a saúde mental 2013-2020, OMS (4).
- h) Reunião Regional de Usuários de Serviços de Saúde Mental e seus Familiares, patrocinada pela OPAS e pelo Governo do Brasil, que resultou no Consenso de Brasília, 2013 (24).

Análise da Situação

8. A análise da situação, realizada como alicerce para a formulação da Estratégia Regional de Saúde Mental aprovada em 2009, é ainda válida em suas considerações fundamentais (2). Uma revisão recente de vários estudos epidemiológicos realizada na Região mostra que 18,7% e 24,2% dos transtornos mentais apresenta prevalência de 12 meses. Alguns dos transtornos que apresentam taxas médias de prevalência de 12 meses

em adultos são a psicose não afetiva (1,0%), depressão maior (5,2%), e o abuso/dependência do álcool (4,6%) (25, 26).

9. Em termos de carga e prevalência, a depressão continua a ocupar a primeira posição dentre os transtornos mentais, e esta é duas vezes mais frequente em mulheres que em homens. Entre 10% e 15% das mulheres de países industrializados e 20% a 40% das de países em desenvolvimento sofrem de depressão durante a gravidez ou o puerpério (2, 26, 27).

10. Os serviços de saúde mental devem enfrentar o desafio apresentado pelo processo de transição demográfica por que passa a Região. Os transtornos mentais e neurológicos nos adultos de idade mais avançada, tais como o Mal de Alzheimer e outras demências, bem como a depressão contribuem significativamente para a carga de enfermidades não transmissíveis. Nas Américas, a prevalência da demência em adultos com mais de 60 anos varia entre 6,46% e 8,48%. As projeções indicam que o número de pessoas com esse transtorno dobrará a cada 20 anos (28).

11. A disponibilidade de dados sobre serviços de saúde mental proporcionou uma melhor compreensão da magnitude da falta de tratamento. No caso dos transtornos afetivos graves e moderados de ansiedade e por consumo de substâncias em adultos, a média da falta de tratamento é de 73,5% na Região das Américas, 47,2% na América do Norte e 77,9% na América Latina e no Caribe (ALC). A lacuna no caso da esquizofrenia é de 56,9%, depressão 73,9% e álcool é de 85,1% na ALC (25).

12. Nas Américas, 65.000 pessoas se suicidam por ano. A taxa de suicídios, ajustada segundo a idade por 100.000 habitantes é de 7,3% (11,5% homens e 3,0% mulheres). O suicídio é a terceira causa de morte no grupo entre 20 e 24 anos e a quarta nos grupos com idades de 10 a 19 e 25 a 44 anos. A população com idade acima de 70 anos apresenta a mais alta taxa de suicídios (12,4 de cada 100.000 habitantes). A asfixia, as armas de fogo e o envenenamento (uso especialmente de pesticidas) são os métodos mais comumente usados. Na ALC, a taxa ajustada segundo a idade é de 5,2% (8,4% dos homens e 2,1% das mulheres). As taxas de mortalidade por suicídio entre os homens continuam sendo superiores às das mulheres (razão homem-mulher de 3.8); entretanto, as tentativas de suicídio são maiores entre as mulheres (29).

13. Em nossa Região, a violência constitui um importante problema socio-sanitário. A violência contra as mulheres afeta 1 de cada 3 mulheres, o que leva a diversas consequências para a saúde, que variam da depressão à morte (30). O castigo físico de meninos e meninas é um fenômeno frequente em muitas partes da América Latina e do Caribe. Por exemplo, segundo levantamentos nacionais realizados em alguns países, mais de um terço das mulheres e no mínimo a metade dos homens informaram que apanharam durante a infância (31).

Políticas, Planos, Legislação e Organização dos Serviços

14. Trinta e quatro países e territórios da América Latina e Caribe (ALC) implantaram o Instrumento de Avaliação dos Sistemas de Saúde Mental da OMS (sigla

em inglês: WHO-AIMS) (32, 33). Segundo este estudo, apenas seis países e territórios da ALC não contam com políticas e planos de saúde mental. Por outro lado, apenas oito países têm leis específicas e atualizadas para a saúde mental. Com relação à designação orçamentária, 73% dos países destina entre 1% e 5% do orçamento de saúde à saúde mental. Por outro lado, dos 27 países com hospitais psiquiátricos, 20 destinam mais de 50% do orçamento para saúde mental para tais instituições, sendo que de 14 destes 20 destinam mais de 80% (33).

15. A organização dos serviços de saúde mental não é homogênea na ALC. Alguns países adotaram práticas experimentais inovadoras com base na comunidade. Outros contam com um sistema altamente centralizado, em que a resposta aos problemas das populações com transtornos mentais e resultantes do consumo de álcool e de outras substâncias está concentrada nos hospitais psiquiátricos, sendo que a prestação de serviços de atenção primária ou secundária é escassa ou nula. Na ALC, 86,6% dos leitos psiquiátricos estão localizados em hospitais psiquiátricos, 16,6% em hospitais gerais e apenas 2,7% em residências comunitárias (33).

16. O papel da atenção primária no âmbito da saúde mental é limitado mesmo que a situação esteja mudando gradualmente. Nos últimos três anos, 15 países estão capacitando os funcionários de atenção primária com o conteúdo do Guia de Intervenção do mhGAP.

17. Com relação aos recursos humanos, a disparidade entre os países é grande. O que se observa é que nos locais onde o hospital psiquiátrico constitui a base do sistema, a maioria dos recursos disponíveis se concentram ali. Na América Latina e Caribe, a média é de 2,1 psiquiatras, 6 enfermeiros(as) e 4,2 psicólogos(as) para cada 100.000 habitantes (33).

18. O WHO-AIMS deixou clara a falta de informação sobre saúde mental. Em muitos países, os dados são de difícil acesso, por vezes inexistentes, e os sistemas de informação de saúde não incluem indicadores de saúde mental.

19. A Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Mental adotado pela OPAS em 2009 foram implantados durante o período 2012-2013 com resultados positivos e mostram que muitos países alcançaram avanços substanciais. Apesar disso, ainda há muito que prosperar. Dentre os avanços que valem à pena mencionar estão: *a)* vários países continuam com processos sustentáveis de redução de leitos psiquiátricos em hospitais através do uso de alternativas de serviços ambulatoriais descentralizadas; *b)* nos últimos três anos, o componente de integração de saúde mental foi incorporado à atenção primária; e *c)* vários países elaboraram e aprovaram leis de saúde mental que incorporam os instrumentos internacionais de direitos humanos.

20. Por outro lado, o principal desafio que enfrentamos hoje é a falta de treinamento. É fundamental derrubar as barreiras de acesso aos serviços dentro de uma política de

cobertura universal, e isso depende da integração da saúde mental aos serviços gerais de saúde.

Projeto de Plano de Ação 2015 - 2020

21. O Plano de Ação recorre à experiência alcançada em nosso continente e expressa o compromisso dos governos. O prazo de implantação é de 6 anos (2015 - 2020). O Plano tem por base uma visão geral da região. Entretanto, há grandes diferenças entre os países e mesmo dentro de um próprio país. Por essa razão, a implantação deve ser flexível especialmente para adaptar os resultados e os indicadores propostos segundo as necessidades, sendo que é necessário acomodar segundo as especificidades dos países e aos contextos culturais. Mesmo assim, é necessário levar em consideração as responsabilidades jurisdicionais compartilhadas entre os governos nacionais e estaduais das federações.

22. *Visão:* Uma região onde a saúde mental seja valorizada, promovida e protegida, os transtornos mentais sejam prevenidos e as pessoas com estes transtornos possam exercer seus direitos humanos e ter acesso a serviços de saúde e sociais de maneira oportuna e de alta qualidade para alcançar os mais altos níveis possíveis de saúde e contribuir para o bem estar das famílias e das comunidades.

23. *Objetivo:* Promover o bem estar mental, prevenir os transtornos mentais, oferecer atenção, intensificar a recuperação e promover os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais para reduzir a morbidade, a perda de capacidade e a mortalidade.

24. Esse documento está alinhado ao Plano Estratégico da OPAS, 2014-2019 e ao Plano de ação integral sobre a saúde mental 2013-2020 da OMS, especialmente aos resultados, indicadores e metas coincidentes. O Plano inclui as seguintes linhas de ação:

- a) Formular e implantar políticas, planos e leis de saúde mental de maneira que a governança seja eficaz.
- b) Melhorar a capacidade de resposta dos serviços de saúde mental a fim de proporcionar uma atenção integral de qualidade no nível de comunidade.
- c) Elaborar e implantar programas de promoção e prevenção da saúde mental e de uso de álcool e outras substâncias, dedicando atenção especial ao ciclo de vida.
- d) Fortalecer os sistemas de informação, as evidências científicas e as pesquisas.

25. De acordo com os critérios do Plano Estratégico da OPAS, o Plano de Ação se embasa em quatro enfoques transversais: gênero, equidade, etnicidade e direitos humanos. As desigualdades de gênero — em interação com outros determinantes sociais da saúde — explicam as diferenças nas exposições a riscos e nos resultados de saúde mental de mulheres e homens. Dentro desta perspectiva, a atenção à saúde mental deve ser colocada em prática levando-se em conta as condições de vida e as necessidades específicas segundo o gênero.

26. A perspectiva da etnicidade implica uma abordagem intercultural nos serviços de saúde mental. É preciso contar com pessoal que conheça, respeite e integre as crenças culturais e religiosas em seu trabalho, bem como o idioma usado nos diversos povoados. Exercer os direitos humanos é fundamental para responder à carga de enfermidades mentais — trata-se de um marco de respeito pela dignidade humana. Na verdade, atualmente há um conjunto de instrumentos internacionais pertinentes em matéria de direitos humanos (2, 34).

Linha de Ação 1: Formular e implantar políticas, planos e leis de saúde mental de forma que a governança seja eficaz.

27. A elaboração e execução de políticas, planos e leis nacionais de saúde mental com base em dados científicos e consoantes com os instrumentos internacionais de direitos humanos é um desafio que requer um esforço conjunto do setor público bem como de outros níveis essenciais. A liderança e o compromisso dos governos e dos trabalhadores da saúde são essenciais para formular planos integrados de saúde mental nas políticas públicas e facilitar a organização dos serviços, tendo-se por base um modelo comunitário que promova e proteja os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e seus familiares (2, 4).

28. A sociedade civil desempenha um papel fundamental na preparação e implantação dos planos e das leis, em particular através das associações de usuários dos serviços de saúde mental e dos familiares das pessoas portadoras de enfermidades mentais, de grupos de apoio envolvendo pares, do apoio social, da integração e da participação da comunidade bem como da promoção de serviços eficazes e apropriados. No primeiro ano da implantação do Plano será estabelecida uma linha base que servirá para medir o progresso do papel da sociedade civil.

29. A legislação sobre saúde mental proporciona um marco jurídico para promover e proteger os direitos humanos e das pessoas com transtornos mentais (2, 4, 34). Independentemente de o fato de uma lei independente estar ou não integrada a outras leis relacionadas à saúde e capacidade, a saúde mental deve incluir os princípios, valores e objetivos fundamentais dos instrumentos internacionais de direitos humanos e estar alinhada às melhores normas técnicas internacionais.

Objetivo 1.1. Formular e implantar de políticas ou planos nacionais sobre a saúde mental alinhadas aos planos regionais e mundiais de saúde mental.**

Indicador:

1.1.1 Número de países que têm uma política ou um plano nacional de saúde mental alinhados aos planos regionais e mundial de saúde mental.

Linha de base (2013): 22.* Meta (2020): 30.

Objetivo 1.2. Formular leis nacionais sobre a saúde mental segundo os instrumentos internacionais de direitos humanos.**

Indicador:

1.2.1 Número de países que dispõem de leis nacionais sobre a saúde mental alinhadas aos instrumentos internacionais de direitos humanos.

Linha de base (2013): 8.* Meta (2020): 18.

* Dados da linha de base recolhidos do WHO-AIMS regional (Informe sobre a Avaliação dos Sistemas de Saúde Mental). Além disso, estas linhas de base serão revisadas em 2015 para atualização.

** Resultados e indicadores coincidentes com o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 (5).

Linha de Ação 2: melhorar a capacidade de resposta dos serviços de saúde mental a fim de proporcionar uma atenção integral e de qualidade no âmbito comunitário

30. Um modelo comunitário de saúde mental tem por base princípios básicos adotados por e adaptados para cada país com o objetivo de organizar a prestação de serviços. Dentre seus eixos fundamentais estão a descentralização, a inserção do componente de saúde mental na atenção primária de saúde e nos hospitais gerais, a existência de uma rede de serviços, a participação social, a coordenação intersetorial e a abordagem de direitos humanos. Supõe também a prestação de serviços de maneira culturalmente apropriada, bem como a equidade e a não discriminação por razões de gênero, raça ou etnia, orientação sexual, classe social e outras condições (2, 4).

31. Uma tarefa ainda não concluída na Região é a reestruturação dos serviços de saúde mentais visando acabar com os hospitais psiquiátricos que, em muitos países, ainda consomem grande parte dos recursos dedicados à saúde mental. Desenvolver um modelo comunitário implica planejar novos serviços e alternativas que ofereçam uma atenção integral, contínua e que permita substituir os hospitais psiquiátricos. Uma estratégia recomendada é usar os recursos dos hospitais psiquiátricos atuais para oferecer serviços especializados nos hospitais gerais e nas comunidades (35).

32. Os serviços comunitários de saúde mental devem focar sobre a recuperação, enfatizando o apoio que as pessoas com transtornos mentais necessitam para alcançar suas próprias aspirações e metas. Dentre outras tarefas, esses serviços devem “escutar e observar as opiniões dos afetados pelos transtornos e ajudá-los em sua recuperação; trabalhar com estes em pé de igualdade no que se refere à sua atenção; oferecer opções de tratamento e de atendentes e recorrer ao trabalho e apoio de pessoas em situação similar para que encorajem umas às outras e compartilhem do sentimento de pertencem, além de terem acesso a conhecimentos técnicos” (4). Além disso, outros setores desempenham papel fundamental no apoio das pessoas segundo suas necessidades de emprego, habitação, educação, participação em atividades da comunidade, etc.

33. É necessária uma abordagem mais eficaz e integral dos transtornos mentais, combinando intervenções psicossociais e farmacológicas. É crucial ter produtos

psicofarmacológicos essenciais à mão nos serviços ambulatoriais comunitários e de atenção primária (36).

34. A avaliação sistemática dos serviços de saúde mental garantem a qualidade no atendimento e o respeito aos direitos humanos dos usuários e de suas famílias. O programa *Calidad y Derechos* da OMS oferece instrumentos e metodologia que já começaram a ser adaptados e implantados na Região (37).

35. Os serviços devem atender às necessidades dos grupos vulneráveis, especialmente as das pessoas socioeconomicamente carentes, dos doentes mentais desprovidos de habitação, das pessoas afetadas pelo HIV/AIDS, das mulheres e crianças vítimas de violência, dos sobreviventes de violência, lésbicas, homossexuais, bissexuais e transgênero (LGBT), povos indígenas, migrantes e pessoas desalojadas, pessoas privadas de liberdade e grupos minoritários no contexto nacional. Nessa conjuntura o termo "grupo vulnerável" é usado para indicar indivíduos cujo conjunto de pessoas adquiriu essa vulnerabilidade devido à exposição a situações e condições específicas do meio (não por supostas debilidades intrínsecas ou por falta de capacidade). O termo "grupo vulnerável" deve ser usado em cada país de acordo com o contexto e com as características próprias do país.

36. A exposição a eventos vitais adversos, como desastres naturais ou aqueles provocados pelo homem—p. ex., conflitos armados, distúrbios, violência familiar contínua e migrações ou desalojamentos forçados—trazem consequências físicas e mentais, de maneira que ao planejar a resposta do setor de saúde e de outros setores é necessário assegurar a disponibilidade de serviços de saúde mental e de apoio psicossocial.

37. Para expandir os serviços é fundamental haver disponibilidade de um número adequado de trabalhadores de saúde mental competentes, bem como distribuí-los de maneira equitativa. A formação profissional (curso de graduação) e contínua (pós-graduação) deve refletir as políticas de integração para a saúde mental nos serviços gerais de saúde, inclusive no nível de atenção primária à saúde. Os profissionais especializados deverão facilitar a capacitação, o apoio e a supervisão do pessoal não especializado, p. ex., para que identifiquem as pessoas com problemas de saúde mental e as atendam ou encaminhem ao serviço mais apropriado, quando disponível. Apoiar e capacitar aos familiares e cuidadores de pessoas com transtornos mentais também contribui para aumentar a capacidade de resposta dos serviços de saúde mental.

38. Ao planejar a expansão dos serviços de saúde mental, é essencial garantir o acesso equitativo a uma atenção eficiente, ao tratamento e ao apoio para a recuperação. Para isso, devem-se empreender esforços para estudar a viabilidade e maximizar o uso da telefonia móvel, de videoconferências e da Internet para garantir que as comunidades de difícil acesso e as desprovidas de atendimento tenham acesso aos serviços de saúde mental.

39. O aumento e a descentralização dos serviços de saúde mental possibilitam reduzir gradualmente o número de leitos nos hospitais psiquiátricos que, essencialmente, prestam serviços de custódia. O papel dos hospitais psiquiátricos deverá ser reduzido paulatinamente através do estabelecimento de serviços especializados na comunidade (ambulatoriais e em hospitais gerais) e da integração do componente saúde mental na atenção primária de saúde. A integração do componente de saúde mental na atenção primária de saúde e em outros cenários de atenção à saúde (p. ex., emergências hospitalares, justiça penal, clínicas de saúde nas escolas) é essencial para o desenvolvimento da prestação equitativa de serviços além de ser uma estratégia crucial para reduzir a falta de tratamento dos transtornos mentais.

Objetivo 2.1. Aumentar a cobertura dos serviços ambulatoriais de saúde mental.*

Indicador:

2.1.1 Número de países que aumentaram o índice de pessoas atendidas em ambulatoriais de saúde mental acima da média regional (975/100.000 habitantes).

Linha de base (2013): 19.** Meta (2020): 30.

Objetivo 2.2. Reduzir o papel dos hospitais psiquiátricos.

Indicador:

2.2.1 Número de países onde os hospitais psiquiátricos reduziram o número de leitos em, no mínimo, 15%.

Linha de base (2013): 0. Meta (2020): 10.

Objetivo 2.3. Integrar o componente de saúde mental à atenção primária.*

Indicador:

2.3.1 Número de países que integraram o componente saúde mental à atenção primária.

Linha de base (2013): 15.*** Meta (2020): 25.

* Resultados e indicadores coincidentes com o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019

** Dados da linha básica retirados do WHO-AIMS regional (Informe de avaliação dos sistemas de saúde mental) (32)

*** Informe da Unidade Técnica de Saúde Mental e Uso de Substâncias.

Linha de Ação 3: Elaborar e implantar programas de promoção e prevenção da saúde mental e do uso de álcool e de outras substâncias, dedicando atenção especial ao ciclo de vida.

40. No campo da promoção e prevenção, o papel de outros setores é crucial visto que os problemas de saúde mental e de uso de substâncias são influenciados por aspectos sociais e econômicos. Por exemplo, o nível salarial, a situação trabalhista, a escolaridade,

a coesão familiar, a discriminação, as violações dos direitos humanos ou a exposição a experiências difíceis, tais como a violência sexual e os maus tratos e abandono de crianças (4).

41. As etapas iniciais da vida são propícias para trabalhar o aspecto de prevenção, uma vez que até 50% dos transtornos mentais que afetam os adultos têm início antes dos 14 anos de idade. Quanto aos idosos, também há possibilidades de intervenção prévia para melhorar a qualidade de vida, facilitar a integração social e reduzir ou evitar incapacidades (2, 4).

42. As intervenções de promoção da saúde mental e de prevenção dos transtornos mentais devem incluir o apoio às leis ou aos regulamentos contra a discriminação bem como desenvolver campanhas de informação contra a estigmatização e as violações dos direitos humanos.

43. É importante que os programas de promoção e prevenção se concentrem em intervenções embasadas em dados comprovados e que sejam adequados ao contexto em que forem aplicados. Dentre as ações que podem incluir estes programas estão: o cultivo dos recursos psicológicos do indivíduo durante as diferentes etapas de formação, a detecção precoce e atenção aos problemas afetivos ou de conduta na infância e na adolescência, promoção de condições de vida saudáveis, fortalecimento de redes comunitárias de proteção contra a violência e, a proteção social das populações em situação de pobreza (4).

44. Dentre as intervenções para prevenir o suicídio estão a redução do acesso a meios letais (especialmente a armas de fogo, pontes sem proteção adequada, pesticidas e medicamentos ou drogas), a adoção de práticas de informativas responsáveis pelos meios de comunicação, bem como o diagnóstico e tratamento precoces dos transtornos mentais—tais como a depressão. É essencial identificar pessoas em situação de risco, monitorar as pessoas que pensam em ou já tentaram suicídio anteriormente e atender imediatamente as pessoas que tentam se suicidar.

45. A tendência do índice de suicídios tem permanecido estável nas Américas durante os 20 anos entre 1990 e 2009. Na América do Norte (Estados Unidos e Canadá) nota-se uma ligeira diminuição das taxas, enquanto que na ALC observou-se um ligeiro aumento. Isso pode ser explicado pelo fato de os Estados Unidos e o Canadá disporem de dados confiáveis e aplicarem programas para enfrentar esse problema. Na, ALC, pelo contrário, em muitos países há evidências de falta de registros, e a previsão é de que estas taxas aumentem na medida em que melhorem os sistemas de informação de dados. Com base nesse estudo de tendências, o prognóstico é de que a taxa de mortalidade por suicídios se mantenha estável apesar de muitos países terem melhorado seus registros e implantado programas de prevenção contra o suicídio (28).

Objetivo 3.1. Implantar programas de promoção e prevenção da saúde mental.

Indicador:

3.1.1 Número de países com programas multissetoriais em operação para promover e prevenir problemas de saúde mental.
Linha de base (2013): 20.* Meta (2020): 25

Objetivo 3.2. Implantar programas de prevenção contra o suicídio.

Indicador:

3.2.1 Número anual de mortes por suicídio por 100.000 habitantes.**
A taxa regional de suicídios em 2020 não terá sofrido aumento em relação a 2013:
7,3 x 100.000 habitantes.***

* Linha de base obtida pela avaliação do Plano Estratégico da OPAS 2008-2014 (SO3, RER 3.5. Indicador 3.5.2). Será necessário revisar a linha de base durante 2015 para verificar a implantação real destes programas e verificar se estes reúnem os requisitos técnicos básicos.

** Indicador e meta coincidem com o indicador de impacto do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019.

*** Ver parágrafo 45

Linha de Ação 4: Fortalecer os sistemas de informação, as evidências científicas e as pesquisas

46. Os sistemas de informação de saúde devem colher e informar regularmente os dados sobre prestação de serviços de saúde mental, e estes dados devem estar desmembrados em, no mínimo, sexo, idade, raça ou etnia e diagnóstico. Estes dados devem ser usados para avaliar e informar as autoridades rotineiramente e servir de base para aprimorar e expandir os serviços. O conjunto básico de indicadores sugeridos como parte do Plano de ação da OMS será revisado para que seja adaptado e gradualmente aplicado pelos países da região.

47. A avaliação do WHO-AIMS apresenta a situação da ALC de acordo com o tipo de dispositivo em operação (com sistemas informados regularmente por 66% dos hospitais psiquiátricos e 62% dos ambulatorios). A maioria das informações disponíveis advém de hospitais psiquiátricos e se refere ao número de leitos e hospitalizações segundo o sexo, a idade e o diagnóstico, sendo que há muito poucas informações sobre outros parâmetros, como, por exemplo, internamentos voluntários. As informações fornecidas pelos serviços ambulatoriais são mais instáveis; a notificação do número de consultas ou de contatos é ocasional, porém, os casos nunca são registrados (33).

48. Atualmente, poucos países realizam pesquisas científicas e as coletas de dados. Com o objetivo de prover dados científicos para as intervenções de promoção, prevenção e tratamento dos transtornos mentais, as pesquisas devem incluir toda a gama de atividades científicas, que vão do descobrimento do caso à prestação de serviços, levando-se em conta as prioridades nacionais.

Objetivo 4.1. Fortalecer os sistemas de informação, integrando um conjunto básico de indicadores de saúde mental que são sistematicamente compilados e reportados anualmente.

Indicador:

4.1.1 Número de países com um conjunto básico de indicadores de saúde mental estabelecidos de comum acordo e compilados sistematicamente, sendo que a notificação destes é anual.

Linha de base (2013): 21*, meta (2020): 30.

* Linha de base obtida pela avaliação do Plano Estratégico da OPAS 2008-2014 (SO3, RER 3.3, Indicador 3.3.2). Em 2015 será necessário revisar a linha de base para verificar a situação atual dos sistemas de informação de saúde e determinar se os dados referentes à saúde mental incluem os requisitos mínimos do conjunto de indicadores básicos planejados pela OPAS/OMS.

Monitoramento, Análise e Avaliação

49. Este Plano de Ação contribui para alcançar as metas da Categoria 2 do Plano Estratégico da OPAS. O acompanhamento e a avaliação deste Plano serão alinhados ao marco de gestão baseada em resultados da Organização, bem como com seus processos de avaliação de desempenho. Serão preparados informes sobre o progresso, e estes terão por base as informações disponíveis ao final de cada biênio. Avaliações serão feitas na metade e ao final do Plano pra determinar os pontos fortes e fracos de sua execução de maneira geral, bem como para determinar os fatores que levaram ao sucesso ou ao fracasso, bem como ações futuras.

50. As fontes das informações necessárias serão: *a)* o banco de dados sobre mortalidade da OPAS/OMS; *b)* os informes WHO-AIMS dos países, atualizados a cada cinco anos; *c)* outros informes dos países, requisitados junto aos ministérios da saúde; *d)* informes da Unidade Regional de Saúde Mental e de Uso de Substâncias; e *e)* compilação de pesquisas.

Implicações Financeiras

51. Estima-se que o custo de execução do *Plano* durante o período de seis anos (2015-2020) será de \$13.880.080,00. Estima-se que a diferença seja da ordem de 39% do orçamento total. Os funcionários fixos que atualmente compõem a Unidade são suficientes para cobrir as despesas de implantação do Plano de Ação durante os seis anos. A diferença financeira diz respeito a gastos operacionais para cooperação técnica com os países e com contratações temporárias necessárias para apoiar os especialistas em atividades específicas. Será importante fortalecer alianças e identificar doadores que apoiem o plano. Da mesma forma, espera-se que os Estados Membros dêem prioridade ao tema e designem recursos para melhorar seus programas e serviços de saúde mental com base na comunidade. A cooperação entre os países e o intercâmbio de experiências será um aspecto importante, e, para isso, será necessário mobilizar recursos financeiros.

Intervenção do Comitê Executivo

52. Solicitamos ao Comitê Executivo examinar este Plano de Ação sobre Saúde Mental, que inclui um projeto de resolução (Anexo A), e que o mesmo Comitê formule as observações e recomendações pertinentes.

Anexos

Referências

1. Saraceno B, Freeman M, Funk M. Public mental health. In: Oxford Textbook of Public Health, 5th ed. Nova Iorque: Oxford University Press; 2009, p. 1081-1100.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para saúde mental [Internet]. 49º Conselho Diretor da OPAS. 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2009; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2009 (documento CD49/11 e resolução CD49.R17) [consultado em 5 de dezembro de 2013]. Disponível pelo link:
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-11-p.pdf>
[http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20\(Port.\).pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20(Port.).pdf)
3. Prince, M. et al. Global Mental Health 1. No health without mental health. In The Lancet, Global Mental Health [Internet]. *The Lancet* 8 de setembro de 2007; 370(9590):859-877 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61238-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61238-0/fulltext)
4. World Health Organization. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Genebra: OMS; 2013 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 [Internet]. 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do comitê regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2013 (Documento oficial 345) [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23127&Itemid=270&lang=pt

6. González Uzcategui R, Levav I. (diretores) Reestruturação da atenção psiquiátrica: bases conceituais e guias de implantação: memórias da Conferências Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica = Restructuration of psychiatric care: conceptual basis and implementation guidelines: annals of the Regional Conference on Restructuring of Psychiatric Care. Washington (DC): OPAS; 1991 (documento HPA/MND 1.91).
7. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas [Internet]. Adotada em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990 pela Conferência sobre a reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina dentro dos sistemas locais de saúde. Washington (DC): OPAS; 1990 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf
8. Organización Panamericana de la Salud. Saúde Mental [Internet]. 40º Conselho Diretor da OPAS, 49ª sessão do Comitê Regional da OMS par as Américas; 22 a 23 de setembro de 1997; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 1997 (resolução CD40.R19) [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
http://www1.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_40.htm
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde Mental [Internet]. 43º Conselho Diretor da OPAS, 53ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 24 a 28 de setembro de 2001; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2001 (resolução CD43.R10) [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
<http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/cd43.r10-p.pdf>
10. Rodríguez J, González R. (eds.) La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2007 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20salud%20mental.pdf>
11. Organización Panamericana de la Salud; Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil; Organización Mundial de la Salud. Principios de Brasília [Internet]. Conferência Regional para a Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas; 7 a 9 de novembro de 2005; Brasília (Brasil). Washington (DC): OPAS; 2006 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf
12. Organización Panamericana de la Salud. Consenso de Panamá [Internet]. Conferencia Regional de Salud Mental; 7 a 8 de outubro de 2010; Ciudad de Panamá (Panamá). Washington (DC): OPAS; 2010 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:

- <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>
13. Organização Pan-Americana da Saúde. Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 [Internet]. Apresentada pelos ministros de saúde das Américas na Cidade do Panamá; 3 de junho de 2007; Panamá. Washington (DC): OPAS; 2007 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16305&Itemid=
 14. Organización Mundial de la Salud. mhGAP: programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias [Internet]. OMS: Ginebra; 2008 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=326&Itemid=259
 15. Organización Mundial de la Salud, Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada [Internet]. OMS: Ginebra; 2011 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf
 16. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2011 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/epilepsia%20doc.pdf>
 17. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf
 18. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para reduzir o uso prejudicial de álcool [Internet]. 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2011; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2011 (documento CD51/8, Rev. 1) [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14608&Itemid=
 19. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia sobre o uso de substâncias e a saúde pública [Internet]. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1 de outubro de 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2010 (documento

- CD50/18, Rev. 1; e resolução CD50.R2) [consultado em 31 de janeiro de 2014].
Disponíveis pelos endereços:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8311&Itemid=
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8934&Itemid=
20. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre o uso de substâncias psicoativas e saúde pública [Internet]. 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 26 a 30 de setembro de 2011; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2011 (documento CD51/9) [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14585&Itemid=
21. Naciones Unidas. Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles [Internet]. 66º período de sessões da Assembleia Geral das Nações Unidas, 3ª sessão plenária; 19 de setembro de 2011; Nova Iorque (Estados Unidos). Nova Iorque: ONU; 2011 (documento A/RES/66/2) [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/458/97/PDF/N1145897.pdf?OpenElement>
22. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: reunión oficial de Estados Miembros para ultimar los trabajos relativos al marco mundial de vigilancia integral, incluidos un conjunto de indicadores y un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles: Informe de la Directora General [Internet]. 66ª Assembleia Mundial da Saúde; 20 a 28 de maio de 2013; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2013 (documento A66/8) [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-sp.pdf
23. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis [Internet]. 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2013 (Documento CD52/7, Rev. 1) [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22782&Itemid=270&lang=pt

24. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde do Brasil. Consenso de Brasília [Internet]. Primera Reunión Regional de Usuarios de Servicios de Saúde Mental e seus Familiares: 15 a 17 de outubro de 2013; Brasília (Brasil). Brasília: OPAS-Ministério da Saúde; 2013 [consultado em 15 de abril de 2014]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=24575&Itemid=270&lang=en
25. Kohn, R. La brecha de tratamiento en la Región de las Américas [Internet]. Washington (DC); 2013 (documento técnico) [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23177&Itemid=270&lang=es
26. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2009 (Publicación Científica y Técnica N° 632) [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>
27. World Health Organization. Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature [Internet]. Genebra: OMS; 2009 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241563567/en/>
28. Organización Mundial de la Salud; Alzheimer's Disease International. Demencia: una prioridad de salud pública [Internet]. Genebra: OMS; 2012 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf
29. Organización Panamericana de la Salud. Informe regional sobre la mortalidad por suicidio. Washington (DC): OPAS. A ser publicado em 2014.
30. World Health Organization; United Nations Population Fund. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Genebra: OMS; 2013 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
31. Speizer, I.S., et al. (2008) Dimensões do castigo infantil em dois países da América Central: Guatemala e El Salvador = Dimensiones del castigo infantil de los países de América Central : Guatemala y El Salvador [Internet]. *Rev Panam Salud Publica* 2008. 23(4): p. 247-256 [consultado em 31 de janeiro de 2014].

- Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000400004&lng=en&nrm=iso
32. World Health Organization. World Health Organization assessment instrument for mental health systems [Internet]. Genebra: OMS; 2005 (WHO AIMS Version 2.2.) [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf.
 33. Organización Panamericana de la Salud WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2013 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=21321&Itemid=270&lang=es
 34. Organização Pan-Americana da Saúde. A saúde e direitos humanos: documento conceitual [Internet]. (CD50/12). 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1 de outubro de 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS 2010 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8312&Itemid=
 35. Caldas de Almeida J, Cohen A (diretores). Innovative mental health programs in Latin america & the Caribbean [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2008 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=193&Itemid=247&lang=es
 36. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud [Internet]. OMS: Genebra; c2010 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/paho/2010/9789275331132_spa.pdf
 37. World Health Organization. WHO qualityrights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities [Internet]. Genebra: OMS; 2012 [consultado em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70927/3/9789241548410_eng.pdf?ua=1

154^a SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 16 a 20 de junho de 2014

CE154/15
Anexo A
Original: espanhol

PROJETO DE RESOLUÇÃO

PLANO DE AÇÃO SOBRE SAÚDE SAÚDE MENTAL

A 154^a SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a proposta de Plano de Ação sobre Saúde Mental (documento CE154/15),

RESOLVE:

Recomendar que o Conselho Diretor adote uma resolução redigida de acordo com os seguintes termos:

PLANO DE AÇÃO SOBRE SAÚDE MENTAL

O 53^o CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado a proposta de *Plano de Ação sobre Saúde Mental* (documento CD53/__);

Reconhecendo que no mundo há uma alta prevalência de transtornos mentais e de uso de substâncias, e que esses contribuem de maneira importante para a morbidade, a incapacitação e a mortalidade prematura, e que, além disso, há uma grande falta de tratamento;

Entendendo que não há saúde sem saúde mental, sendo que esta é concebida não apenas pela ausência de enfermidade, mas como “um estado de bem estar em que o indivíduo realiza suas capacidades, supera o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e contribui de alguma forma para sua comunidade”;

Considerando que, em 2009, o Conselho Diretor da OPAS adotou a Estratégia e Plano de Ação sobre a Saúde Mental, e que durante 2013 a Assembleia Mundial da Saúde

aprovou o Plano de ação integral sobre a saúde mental 2013-2020, e que, além disso, nesse mesmo ano a OPAS adotou seu Plano Estratégico 2014-2019, tornando-se conveniente e necessário atualizar e alinhar noso Plano regional de Ação sobre Saúde Mental com o Plano Estratégico da OPAS e com o Plano de ação integral sobre a saúde mental (OMS);

Observando que o Plano de Ação sobre Saúde Mental aborda as linhas de ação essenciais para responder às diversas necessidades de saúde mental dos países,

RESOLVE:

1. Aprovar o Plano de Ação sobre Saúde Mental, bem como sua aplicação no contexto das condições próprias de cada país para responder às necessidades atuais e futuras no campo da saúde mental.
 2. Instar os Estados Membros:
 - a) para que incluam a saúde mental nas prioridades da política nacional de saúde para garantir a execução de planos de saúde mental que levem em consideração a falta e a desigualdade na distribuição de recursos que ocorre em alguns países;
 - b) para que fortaleçam, formulem, revisem e, se necessário, reformem os marcos legais dos países, bem como a aplicação destes, para proteger os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais;
 - c) para que apoiem a participação da sociedade civil, particularmente as associações de usuários e de seus familiares, no planejamento e execução de atividades para promover a saúde mental da população;
 - d) para que promovam o acesso universal e equitativo à atenção de saúde mental para toda a população mediante o fortalecimento da capacidade de resposta dos serviços de saúde mental no marco das redes integradas de serviços, enfatizando especialmente a redução da lacuna que existe em termos de tratamento;
 - e) para que continuem os esforços para evoluir do modelo centrado em hospitais psiquiátricos para um embasado na comunidade, onde o componente de saúde mental seja integrado na atenção primária à saúde nos hospitais gerais, e sejam estabelecidos serviços de saúde mental de forma ambulatorial, descentralizada e próxima da população;
 - f) para que assegurem que os serviços de saúde mental respondam apropriadamente às particularidades dos grupos em situação vulnerável ou com necessidades especiais;
 - g) para que assegurem a prestação de serviços de saúde mental e apoio psicossocial nos casos de emergências e de desastres;
-

- h) para que considerem o fortalecimento dos recursos humanos em matéria de saúde mental como um componente essencial para o melhoramento da capacidade de resposta dos serviços e, em particular, à atenção primária, para o qual é crucial a execução regular de programas de capacitação;
- i) para que impulsionem iniciativas intersetoriais para a promoção da saúde mental e da prevenção dos transtornos mentais, atentando especialmente para o ciclo de vida, bem como para enfrentar o estigma e a discriminação que sofrem as pessoas com transtornos mentais;
- j) para que executem intervenções específicas para a prevenção do suicídio que incluam o melhoramento dos sistemas de informação e vigilância;
- k) para que reduzam a falta de informações existente no campo da saúde mental através do melhoramento da produção, da análise e do uso das informações, bem como a realização de pesquisas; e
- l) para que fortaleçam as alianças multisetoriais governamentais, bem como aquelas formadas com organizações não governamentais, instituições acadêmicas e outros atores sociais essenciais.

3. Solicitar à Diretora:

- a) que apoie os Estados Membros na elaboração, revisão, fortalecimento e execução de planos nacionais de saúde mental e de marcos legais que tenham como referência esse Plano de Ação, procurando corrigir as iniquidades e atentando mais aos grupos em situação vulnerável e portadores de necessidades especiais;
- b) que colabore nas avaliações dos programas e serviços de saúde mental dos países para que sejam aplicadas ações adequadas que tenham por base um diagnóstico da situação existente;
- c) que um documento técnico complementar contendo recomendações, opções de prática, inclusive que discorra sobre a mensuração dos indicadores sugeridos seja preparado e difundido entre os Estados Membros, e que esse plano seja executado nos países;
- d) que facilite a difusão de informações e o intercâmbio de experiências, e que promova a cooperação técnica entre os Estados Membro; e
- e) que fomente alianças com organizações governamentais, não governamentais, organismos internacionais e outras instâncias regionais ou subregionais em apoio à resposta integral necessária ao processo de execução deste Plano de Ação.



Relatório sobre as Repercussões Financeiras e Administrativas do Projeto de Resolução para a Repartição

1. Tema da agenda: 4.6 - Plano de Ação sobre Saúde Mental

2. Relação com o Programa e Orçamento 2014-2015:

- a) **Categoria:** 2, Enfermidades não transmissíveis
- b) **Áreas programáticas e resultados intermediários:** 2.2, Saúde mental e transtornos resultantes do consumo de substâncias psicoativas.

Resultado intermediário: 2.2, Aumento da cobertura de serviços de treinamento para transtornos mentais e transtornos resultantes do consumo de substâncias psicoativas.

3. Repercussões financeiras

- a) **Custo total estimado da aplicação da resolução no período de vigência (arredondado para a dezena de milhares de dólares mais próxima; inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades):** para executar o Plano de Ação, será necessário formar alianças e identificar doadores externos que apoiem a iniciativa. A diferença estimada é de 39% do orçamento total do período 2015-2020, e esta se concentra especialmente em gastos operacionais.

Calcula-se que o custo de execução do Plano de Ação para o período de 6 anos (2015-2020) será:

Contratação de pessoal: \$8.794.080,00 (63%), e inclui o pessoal contratado atualmente na área de saúde mental, álcool e uso de substâncias.

Gastos operacionais / atividades: \$5.086.000,00 (37%)

Total: \$13.880.080,00

- b) **Custo estimado para o biênio 2014-2015 (arredondado para a dezena de milhares de dólares mais próxima; inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades):**

Biênio 2014-2015 (Programa de trabalho bienal reduzido ao ano de 2015 uma vez que o Plano será aprovado pelo Conselho Diretor em setembro de 2014, o que, em termos práticos, começará a ser implantado em 2015).

Custos estimados para um ano (2015):

Contratação de pessoal: \$1.365.680,00 (pessoal fixo da Unidade de SM-US, equivalente a 59%)

Gastos operacionais / atividades: \$931.000,00 (41%)

Total: \$ 2.296.680,00

c) Parte do custo estimado no item b) que poderia ser incluída nas atuais atividades programadas:

Os funcionários permanentes que atualmente compõem as Unidade de SM e Uso de Substâncias é suficiente para realizar a implantação do Plano de Ação neste biênio e no próximo (2015-2017); o orçamento suplementar solicitado é para cobrir despesas com contratações temporárias que serão necessárias para apoiar os especialistas na execução de atividades específicas e cobrir gastos operacionais relativos à cooperação técnica.

Contratação de pessoal: \$1.315.680,00 (93%)

Gastos operacionais / atividades: \$100.000,00 (7%)

Total: \$1.415.680,00

Déficit anual: \$881.000,00

4. Repercussões administrativas

a) Níveis da Organização em que se seriam tomadas medidas: o trabalho tem por base as necessidades dos Estados Membros. Prioridade será dada aos países onde os programas e serviços de saúde mental se encontram menos desenvolvidos (de acordo com as avaliações realizadas) e aqueles que enfrentam situações de emergência humanitária, como desastres, conflitos armados, deslocamentos da população e violência. Os grupos populacionais vulneráveis ou portadores de necessidades especiais também receberão atenção especial.

O Plano será executado em três níveis:

- Regional: mobilização de recursos, promoção da causa, elaboração e difusão de documentos técnicos, metodológicos e de capacitação; oferta de cooperação técnica aos países para a execução dos planos nacionais de saúde mental, bem como para avaliação e acompanhamento.
- Sub-regional: a descentralização da cooperação técnica na área de saúde mental é uma conquista que teve início em 2004 e cuja manutenção é essencial. Essa descentralização permitiu levar a colaboração aos países e garantir o acompanhamento dos Estados Membros que necessitam; facilita a cooperação entre países, debate entre comunidades e intercâmbio de experiências. A relação com os níveis de integração sub-regional ocorrem nesse nível (SICA, Mercosul, Unasul, Caricom).
- Nacional: formulação e execução de planos nacionais de saúde mental sob a direção dos ministérios da saúde, com participação de outros setores e instituições: implica apoio e supervisão dos níveis locais. A OPAS prestará cooperação técnica aos países segundo as necessidades identificadas de maneira conjunta.

b) Necessidades adicionais de pessoal (no equivalente de cargos a tempo integral, incluindo o perfil do pessoal): o pessoal atual é suficiente para os dois primeiros biênios. Para o último período do Plano (2018-2020), aconselha-se contratar um profissional com perfil de saúde pública e neurologia para trabalhar com enfermidades neurológicas, especialmente aquelas sobre as quais temos desenvolvido iniciativas de cooperação técnica ou para as quais houver mandatos estabelecidos pelos órgãos diretores, como epilepsia e demências.

c) Prazos (prazos amplos para as atividades de aplicação e avaliação):

- 2014: Aprovação do Plano de Ação por parte do Conselho Diretor.
- 2015: Início de execução do Plano de Ação.
- 2016 e 2018: Avaliações bienais.
- 2020: Avaliação final.



**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR OS TEMAS DA AGENDA
COM OS MANDATOS INSTITUCIONAIS**

1. Tema da agenda: 4.6 - Plano de Ação sobre Saúde Mental

2. Unidade responsável: Enfermidades Não Transmissíveis e Saúde Mental / Saúde Mental e Uso de Substâncias (NMH/MH)

3. Preparado por: Dr. Jorge J. Rodríguez

4. Lista de centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema:

- Centro colaborador da OPAS/OMS para treinamento e políticas na área de saúde mental /Dalhousie University. Halifax, Canadá.
- Centro colaborador para referências e pesquisa em saúde mental OPAS/OMS/ McGill University. Montreal, Canadá
- Centro colaborador, OPAS/OMS, Center for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, Canadá
- Centro Colaborador da OPAS/OMS Instituto Nacional de Psiquiatria “Ramón de la Fuente Muñiz”. Cidade do México, DF, México.
- Centro colaborador OPAS/OMS–Enfermagem e Saúde Mental. Faculdade de Enfermagem, University of Alberta, Canadá.
- Instituto Nacional de Saúde Mental do Panamá, Panamá.
- Unidade de Saúde Mental do Centro de Demografia e Saúde (CIDS) / Universidad Nacional Autónoma da Nicaragua-León. León, Nicarágua.
- Instituto de Saúde Mental da Escuela de Salud Pública, Universidad de Córdoba. Córdoba, Argentina.
- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.
- Departamento de Psiquiatria, University of the West Indies, Campus Mona.
- Escola de Medicina, Loma Linda University, Califórnia, Estados Unidos.
- Alpert Medical School, Brown University, Providence, Estados Unidos.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Estados Unidos.
- Fundación Andaluza para la Inserción Social del Enfermo Mental (FAISEM). Andaluza, Espanha.
- Igreja Adventista do Sétimo Dia.
- Federação Internacional de Saúde Mental (WFMH).
- Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL).

5. Vínculo entre este tema e a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017:

Destacam-se especialmente os seguintes vínculos:

- Explicação da intenção: parágrafos 2 e 3.
- Princípios e valores: parágrafos 9, 10, 11 e 12.
- Análise da Situação e Tendências em Saúde nas Américas: parágrafos 15, 16, 19, 20, 22, 26.
- Áreas de Ação: incisos b, c, e, f.

6. Vínculo entre este tema e o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019:

- Vinculado às metas de impacto: #7 (taxa de suicídio).
- Fundamentalmente, esse vínculo é com a Categoria 2 (Enfermidades não transmissíveis e fatores de risco).
- Área programática 2.2 Saúde mental e Transtornos Resultantes do Consumo de Substâncias Psicoativas: Resultado Intermediário 2.2, Indicador 2.2.1.
- No Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015 está vinculado aos Resultados Imediados 2.2.1, 2.2.2 e 2.2.3.
- A Área de Saúde Mental e Transtornos Resultantes do Uso de Substâncias Psicoativas tornará necessário um trabalho interprogramático eficaz com as demais categorias e programas.

7. Práticas ótimas nesta área e exemplos de países da Região das Américas:

Podemos mencionar alguns países com práticas e experiências exitosas e inovadoras no campo da saúde mental e que podem ser fontes de lições aprendidas. Veja abaixo uma lista não exaustiva de exemplos (em ordem alfabética):

- Argentina: Lei de saúde mental que incorpora as normas técnicas e os direitos humanos internacionais mais atuais e que foi constituída com base em uma ampla participação social. Experiência de trabalho com o setor jurídico e com a área dos Direitos Humanos. Algumas províncias com modelos exitosos de prestação de serviços (desinstitucionalização e atenção comunitária).
- Belize: Modelo de serviços de saúde mental descentralizados e ambulatoriais com base na APS e fazendo uso de enfermeiras treinadas na área de saúde mental a nível de distrito.
- Brasil: política nacional de saúde mental construída com ampla participação social, redução de leitos psiquiátricos, estabelecimento de centros de atenção psicossocial e programas de reinserção social do doente mental de longa evolução.
- Chile: formulação e implantação sustentável de um plano nacional de saúde mental com base em um modelo comunitário e vinculado à APS. Garantia financeira dos pacotes de prestação de serviços de acordo com a condição mental.
- Cuba: desenvolvimento de centros comunitários de saúde mental. Programa exitoso de prevenção contra a conduta suicida.
- Panamá: reforma do hospital psiquiátrico com redução significativa de leitos e descentralização dos serviços.