



# Relatório Final



**IV** CONFERÊNCIA NACIONAL DE  
SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL



Secretaria de  
Direitos Humanos

Ministério  
da Saúde



Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Intersetorial de Saúde Mental

Ministério da Saúde  
Secretaria de Assistência à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas  
Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

Arte da Capa: detalhe da obra de Maria do Socorro Santos, pintora e militante do Movimento da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro, que faleceu em março de 2005 . Direitos Autorais: Projeto Maria do Socorro Santos/Instituto Franco Basaglia/Projeto Transversões - ESS/UFRJ.

A Logo da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, reproduzida totalmente ou em detalhe nesta publicação, foi inspirada em trabalho coletivo (colagem), realizado por usuários do CAPS Arthur Bispo do Rosário (Rio de Janeiro), exposto na 4ª Mostra de Artes Visuais "No Centro da Vida", Instituto Franco Basaglia, patrocínio Programa Petrobras Cultural.



Detalhe colagem coletiva – Usuários do CAPS Arthur Bispo do Rosário (Rio de Janeiro)

---

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

---

## Índice

Glossário de Abreviaturas.....	4
Apresentação.....	7
Metodologia de Consolidação do Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial.....	12
Eixo I - Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais.....	20
1.1 - Organização e consolidação da rede.....	21
1.2 - Financiamento.....	26
1.3 - Gestão do trabalho em saúde mental.....	31
1.4 - Política de assistência farmacêutica.....	33
1.5 - Participação social, formulação de políticas e controle social.....	37
1.6 - Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental.....	41
1.7 - Políticas sociais e gestão intersetorial.....	44
1.8 - Formação, educação permanente e pesquisa em saúde mental.....	50
1.9 - Reforma psiquiátrica, Reforma sanitária e o SUS .....	56
Eixo I I - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais.....	62
2.1 - Cotidiano dos serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado.....	63
2.2 - Práticas clínicas no território.....	66
2.3 - Centros de atenção psicossocial como dispositivo estratégico da reforma psiquiátrica.....	69
2.4 - Atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços.....	74
2.5 - Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa e articulação intersetorial no território.....	77
2.6 - Saúde mental, atenção primária e promoção da saúde.....	82
2.7 - Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais.....	85
2.8 - Saúde mental na infância, adolescência e juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorialidade.....	92
2.9 - Garantia do acesso universal em saúde mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/ etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outros condicionantes sociais na determinação da saúde mental .....	99
Eixo III - Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial .....	103
3.1 - Direitos Humanos e Cidadania.....	104
3.2 - Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária.....	111
3.3 - Cultura e Diversidade Cultural.....	116
3.4 - Justiça e Sistema de Garantia de Direitos.....	121
3.5 - Educação, inclusão e cidadania.....	128
3.6 - Seguridade Social: Previdência, Assistência Social e Saúde.....	133
3.7 - Organização e mobilização de usuários e familiares em saúde mental.....	141
3.8 - Comunicação, Informação e Relação com a Mídia.....	147
3.9 - Violência e Saúde Mental.....	153
Moções Aprovadas.....	160
Comissão Organizadora.....	173
Anexos.....	180

## Glossário de Abreviaturas

ABI - Associação Brasileira de Imprensa

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AEE - Atendimento Educacional Especializado

AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

ANEPS - Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância em Saúde

APAC - Autorização de Procedimento de Alta Complexidade

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial (serviços do SUS de atenção diária a pessoas com transtornos mentais que podem diferenciar-se pelo porte (CAPS I, CAPS II e CAPS III, este último 24 horas) ou pela clientela: infante juvenil (CAPSi) e Álcool e Outras Drogas (CAPSad).

CECCO - Centros de Convivência e Cooperativa

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CIES - Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CISM - Comissão Intersectorial de Saúde Mental

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CREMERS - Conselho Regional de Medicina RS

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DIU – Dispositivo Intra Uterino

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ECT - Eletroconvulsoterapia

EJA - Educação de Jovens e Adultos

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HORUS - Sistema Nacional de Assistência Farmacêutica

IASC - Instituto de Assistência Social e Cidadania

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES - Instituição de Ensino Superior

IML – Instituto de Medicina Legal

INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

IV CNSM-I – IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial  
LDB - Lei de Diretrizes e Bases  
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais  
LIBRAS - Língua Brasileira de Sinais  
LOA - Lei Orçamentária Anual  
LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social  
NAE - Núcleo de Apoio à Educação  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NTEP - Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário  
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil  
ONG - Organização Não - Governamental  
ONU – Organização das Ações Unidas  
OS - Organização Social  
OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público  
PAB - Piso da Atenção Básica  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (MG)  
PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (GO)  
PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas  
PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil  
PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica  
PNAS - Política Nacional de Assistência Social  
PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares  
PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde e Serviços Hospitalares  
PNDH – Programa Nacional de Direitos Humanos  
PNEP - Política Nacional de Educação Permanente  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares  
PPA - Plano Plurianual  
PPCAAM - Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte  
PROJOVEM - Programa Nacional de Inclusão de Jovens  
PSE - Programa Saúde na Escola  
PSF - Programa Saúde da Família  
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
RENAST - Rede Nacional de Saúde do Trabalhador  
RINAV – Registro Nacional de Acidentes e Violência  
RIS – Residência Integrada em Saúde  
SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SDH – Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

SEBRAE - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas empresas  
SENAC - Serviços Nacional de Aprendizagem Comercial  
SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial  
SENAR – Serviços Nacional de Aprendizagem Rural  
SENAT - Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte  
SESC – Serviço Social do Comércio  
SESCOOP - Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo  
SESI - Serviço Social da Indústria  
SEST - Serviço Social do Transporte  
SHR-ad - Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas  
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS  
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Sócio-Educativo  
SINE - Sistema Nacional de Emprego  
SISPACTO - Aplicativo do Pacto pela Saúde  
SNDH - Secretaria Nacional de Direitos Humanos  
SNGPC - Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados  
SPE - Saúde e Prevenção nas Escolas  
STF – Supremo Tribunal Federal  
SUAS - Sistema Único de Assistência Social  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UNASUS - Universidade Aberta do SUS

## Apresentação

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I) foi convocada por decreto presidencial em abril de 2010 e teve sua etapa nacional realizada em Brasília, entre os dias 27 de junho a 01 de julho de 2010. Mesmo com pouco tempo para sua organização, tendo em vista a amplitude de uma Conferência de Saúde Mental, que foi, pela primeira vez, intersetorial, houve grande participação de usuários, trabalhadores e gestores do campo da saúde e de outros setores. Ao todo, foram realizadas 359 conferências municipais e 205 regionais, com a participação de cerca de 1200 municípios. Estima-se que 46.000 pessoas tenham participado do processo, em suas 3 etapas.

Esta ampla participação e representação democrática consolida as conferências nacionais como dispositivos fundamentais para a construção de políticas de Estado, independentes de governos específicos e com ampla participação popular.

O tema da IV Conferência - *“Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”* - permitiu a convocação não só dos setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também de todos aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o vasto tema da saúde mental. A convocação da intersetorialidade, de fato, foi um avanço radical em relação às conferências anteriores, e atendeu às exigências reais e concretas que a mudança do modelo de atenção trouxe para todos. Desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2001, cresceu a complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental, o que exigiu de todo o campo a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental havia reafirmado os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e comemorado a promulgação da Lei 10.216. Em 2001, a III Conferência apontou a necessidade de aprofundamento da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar, além da expansão da rede de atenção comunitária, com a participação efetiva de usuários e familiares.

Em 2010, os debates da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial deram-se a partir de um outro cenário. Por um lado, os participantes reconheceram os avanços concretos na expansão e diversificação da rede de serviços de base comunitária. Por outro, identificaram as lacunas e desafios, a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial dos temas e problemas do campo, apontando a direção de consolidar os avanços e enfrentar os novos desafios trazidos pela mudança efetiva do cenário.



A conjuntura política e social e o campo da saúde mental tornaram-se mais complexos nos últimos anos, o que teve forte incidência no processo de organização da IV CNSM-I, expressando-se em desafios específicos. Foi intenso o debate com o Conselho Nacional de Saúde e com conselheiros de saúde em todo o país, sobre a necessidade da realização de uma conferência de saúde mental intersetorial, quando conferências temáticas específicas dentro do campo da saúde vinham sendo desestimuladas. Neste sentido, foi decisiva a atuação de delegação de usuários, familiares, profissionais e representantes de entidades, realizando a Marcha dos Usuários de Saúde Mental a Brasília, em 30 de outubro de 2009, em defesa da realização da IV CNSM-I em 2010.

Outros fatores delinear-se e incidiram sobre o cenário da realização da IV CNSM-I: a ampliação e difusão territorial dos novos serviços, com incremento do número de trabalhadores de saúde mental, em um contexto de terceirização e precarização do emprego, e com amplo contingente de trabalhadores com inserção recente nas atividades profissionais e no ativismo político do campo; a diversificação do movimento antimanicomial, com o surgimento de tendências internas organizadas; a presença e participação mais ativa e autônoma de usuários e familiares; a presença de diversas agências e atores políticos intersetoriais; as novas características do trabalho e de tecnologia em saúde mental no SUS, com repercussões na organização e representação política de parte dos médicos no país, com novas exigências corporativistas, e, particularmente na psiquiatria, com nova ênfase no modelo biomédico e forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica; uma expansão de serviços públicos de saúde mental que não foi acompanhada por uma oferta e capacitação compatível de profissionais psiquiatras para o trabalho em saúde pública, gerando uma carência de profissionais em saúde mental; o pânico social gerado pela campanha da mídia em torno do uso do *crack* no país, com enormes repercussões políticas, gerando significativas pressões e demandas de alguns setores por serviços de internação hospitalar apresentados como resposta única; o cronograma apertado para a realização da Conferência, determinado pelo calendário político eleitoral.

Assim, o cenário político e social mais amplo e as características internas do próprio campo da saúde mental, na medida de sua ampliação e diversificação, geraram um cenário de maior complexidade política e institucional. Dessa forma, apresentava-se em 2010 um cenário distinto do que ocorreu nas conferências nacionais anteriores, em que a coesão política no interior do campo da saúde mental era muito maior. Este contexto certamente impôs ao processo de organização da Conferência um maior nível de conflito e tensão.

Nesta perspectiva, o processo de organização da conferência se mostrou mais complexo e difícil, o que se manifestou sobretudo na dificuldade de organização, em alguns lugares, das conferências nas suas etapas municipal e estadual, e, em algumas situações, na falta de apoio político de governos estaduais e municipais (destaca-se aqui a situação do Estado de São Paulo,



onde a Secretaria do Estado da Saúde apresentou veto à decisão do Conselho Estadual de Saúde pela realização da conferência estadual, tendo sido realizada, ao fim, uma Plenária Estadual). Estas tensões do processo de organização das etapas municipais, regionais e estaduais, em algumas situações, tiveram o efeito de limitar, em alguma medida, a participação de representantes de usuários de serviços e seus familiares na conferência nacional.

Apesar disso, o processo de organização da IV CNSM-I acumulou inúmeras conquistas, entre elas, a participação de cerca de 1200 municípios nos debates do temário desde fevereiro de 2010; a participação efetiva de variadas agências intersetoriais na discussão do tema da saúde mental, com repercussões tanto no nível federal, como no plano estadual e municipal; e a participação decisiva dos usuários e familiares no próprio processo, ocupando lugares nas mesas redondas e painéis, na coordenação de atividades e facilitação de grupos, na Tenda Austregésilo Carrano, na Feira de Empreendimentos de Geração de Renda e Economia Solidária, bem como no conjunto de propostas aprovadas no sentido de fortalecer o seu empoderamento e a sua organização na rede de serviços e nas políticas de saúde mental.

Além disso, a conferência reafirmou o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc.

Desta forma, as conferências de saúde mental reafirmaram-se como dispositivo de contribuição ao debate, crítica e formulação dessa política pública, integrando-se à luta para o fortalecimento do controle social e a consolidação do SUS. O processo da IV CNSM-I demonstrou, a nosso ver, que, ao contrário do argumento de que sua realização, por ser conferência temática, reforçaria a tendência à fragmentação do campo da saúde pública, observou-se um fortalecimento do controle social, do protagonismo dos usuários (no sentido amplo de usuários do SUS e específico de usuários dos serviços de saúde mental), da formulação e avaliação coletivas da política pública da saúde, na perspectiva de consolidação do SUS, e ao mesmo tempo, da transversalidade e articulação com as demais políticas públicas.

A IV CNSM-I foi, a nosso ver, exitosa como processo político e em seus resultados efetivos, consubstanciados em seu Relatório Final. No processo político, devem ser destacados dois aspectos: primeiro, o aprofundamento e amadurecimento da articulação política entre o campo da saúde mental e as instituições de controle social, nos 3 níveis de gestão do SUS, fato que é relevante tanto para a saúde mental (usuários e trabalhadores), como para o próprio controle social. Este avanço ficou exemplificado na condução serena e eficaz, pela Comissão Organizadora e Conselheiros do

CNS, das tensões internas da etapa nacional, decorrentes inevitavelmente da dupla peculiaridade da Conferência, por ser de saúde mental, com ampla participação dos usuários de serviços, em plena afirmação de seu protagonismo político, e por ser intersetorial, com segmentos novos incorporados ao processo complexo de debate e organização de uma conferência nacional de saúde. Em segundo lugar, deve ser destacado o esforço bem-sucedido de incorporação das representações de outras políticas públicas, tendo se construído um bom exemplo das dificuldades e potencialidades do debate intersetorial no campo da saúde pública, o que, a nosso ver, contribuirá para o avanço dessas políticas e do próprio controle social do SUS.

O Relatório da IV CNSM-I, que temos o prazer de apresentar agora, reafirma de forma unívoca e incondicional os princípios mais gerais da reforma psiquiátrica em curso no país, como a superação do modelo asilar, com construção de uma rede substitutiva diversificada, e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental e seus familiares. A Conferência se manifestou contrária a todas as propostas de privatização e terceirização de serviços, na direção de um sistema estritamente público e estatal de serviços de saúde mental. Finalmente, reafirmou a necessidade da presença e participação ativa dos usuários na rede de serviços, na produção do próprio cuidado em saúde mental, e no ativismo junto aos serviços e aos dispositivos de controle social.

Deve destacar-se o trabalho cuidadoso da Relatoria, desde os Grupos de Trabalho e Plenárias até a construção do Relatório Final, que buscou dar conta das mais de 1.500 propostas que foram apresentadas à Plenária Final.

O conteúdo do Relatório Final permite três aproximações diferentes, três modos de leitura. Para uma primeira aproximação, mais geral, recomenda-se ler apenas os *princípios e diretrizes* de cada sub-eixo, que dão a direção mais geral da temática e das propostas aprovadas pela Conferência. A leitura integral do Relatório é recomendada para aqueles que quiserem um maior nível de aprofundamento e detalhamento. Para os interessados em uma temática específica, é interessante buscá-la em todos os eixos e sub-eixos, que se relacionam e se interconectam. De fato, a intersetorialidade deixou sua marca na estrutura do próprio relatório: muitos temas atravessam todo o relatório, provocando repetições e interconexões necessárias entre as propostas dos diversos eixos e sub-eixos.

A intersetorialidade, no entanto, deve deixar marcas para além deste Relatório, devendo redirecionar completamente a prática do campo da saúde mental a partir de agora. Após a IV CNSM-I, o campo da saúde mental não pode mais deixar de ser apreendido como transversal a várias políticas sociais. Alianças intersetoriais devem ser cuidadas permanentemente para o estabelecimento de diretrizes, pactuações, planejamento, acompanhamento e avaliação de várias outras políticas, com participação de seus gestores e lideranças; colegiados e eventos em todos os

níveis de gestão não fazem mais sentido sem a participação dos parceiros intersetoriais; apoio matricial e sistema de referência e contra-referência não podem mais ser pensados fora da intersetorialidade.

Nesse sentido, este Relatório, agora apresentado ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde, deve ser encaminhado de forma oficial para os vários setores implicados nas políticas intersetoriais, gerando eventos e seminários de discussão, em todos os níveis de gestão. Deve também ser manuseado, lido, discutido por todos os atores do campo: usuários, familiares, profissionais do SUS, professores, pesquisadores. O Relatório expressa as recomendações dos atores do campo da saúde mental e da intersetorialidade para a temática da saúde mental no SUS.

Brasília, 08 de dezembro de 2010

Pedro Gabriel Delgado

Coordenador Geral da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial

# Metodologia de Consolidação do Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial

## Apresentação

A Comissão de Relatoria, com o apoio e aprovação da Comissão Organizadora, em sua tarefa de realizar o trabalho de organização, revisão e síntese dos relatórios da IV Conferência, nas fases municipal/regional, estadual e nacional, desenvolveu recomendações e várias etapas de trabalho, no sentido de discutir, tomar decisões e estabelecer as diretrizes para orientar as atividades de todos os que participaram na elaboração dos relatórios naquelas fases, bem como para realizar o trabalho de consolidação do relatório final da conferência. Assim, a Comissão considera que, para uma melhor compreensão deste relatório final, é imprescindível conhecer estas etapas, as recomendações e as diretrizes adotadas pela Comissão de Relatoria, bem como os desafios encontrados nesta trajetória e os encaminhamentos adotados para lidar com eles.

### **1) Primeira etapa de trabalho: orientar a realização dos relatórios das conferências na fase municipal/regional, estadual e a consolidação dos relatórios estaduais:**

Durante o processo de organização das fases municipal/regional e estadual da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, a Comissão de Relatoria, juntamente com a Comissão de Organização, apresentou recomendações para as comissões organizadoras das conferências daquelas fases, sugerindo que:

a) As propostas deveriam estar organizadas tematicamente, de acordo com os eixos e sub-eixos aprovados pela Comissão Organizadora Nacional.

b) Cada uma das propostas deveria ser identificada de acordo com os seguintes critérios:

- ser proposta prioritária ou não;
- ser proposta dirigida ao município, estado ou à fase nacional;
- ser proposta não diferenciada quanto a nenhum dos dois critérios.

c) Assim, cada proposta a ser enviada para a etapa nacional pelas conferências estaduais deveria ser classificada entre os seguintes tipos:

- PPN: proposta prioritária para nível nacional
- PPE: proposta prioritária para nível estadual
- PNP: proposta não prioritária para nível nacional

- PNPE: proposta não prioritária para nível estadual
- PNPSE: proposta não prioritária sem especificação de nível

Assim, na consolidação dos relatórios estaduais para a etapa nacional, a prioridade principal foi dada às propostas indicadas como PPN, ou seja, como prioritárias para o nível nacional, recomendação que visava respeitar o foco principal indicado naquela etapa em cada estado. Ao mesmo tempo, a recomendação buscava estimular e valorizar as propostas específicas para o nível estadual, que comporiam os relatórios estaduais, como um documento importante, a ser amplamente divulgado na forma digital e em papel, “para ser usado como referência para gestores, profissionais e trabalhadores, usuários, familiares e participantes dos conselhos de controle social em suas diversas instâncias, além da própria sociedade civil como um todo, tanto no âmbito da política e dos serviços de saúde mental, como das demais políticas intersetoriais”.

## **2) Segunda etapa de trabalho: organização das discussões e dos consolidados dos Grupos de Trabalho durante a fase nacional**

Durante a etapa nacional realizada em Brasília, foi divulgado para todos os presentes o Consolidado dos Relatórios Estaduais, que serviu de base para as discussões nos Grupos de Trabalho. A cada dia de atividade destes grupos, a Comissão de Relatoria realizou durante a noite, com sua equipe de relatores, a síntese dos relatórios destes grupos temáticos, preparando então o consolidado de propostas para cada um dos eixos temáticos.

Assim, foi enviado para a plenária final um consolidado de 3 eixos, 2 anexos e as moções, com os seguintes números:

- Eixo 1: Políticas Sociais e Políticas de Estado: 344 propostas
- Eixo 2: Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais: 322 propostas
- Eixo 3: Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial: 601 propostas, com 2 anexos com conjuntos de propostas que não foram discutidas e aprovadas, mas que a plenária decidiu anexar no relatório final.
- Moções: 39 moções.

## **3) Terceira etapa de trabalho: revisão detalhada do quadro geral de propostas e moções aprovadas pela plenária na fase nacional da IV Conferência**

A terceira etapa do trabalho consistiu em revisar este conjunto de decisões tomadas pela plenária final, checando os documentos gerados e realizando a montagem da **primeira versão do relatório final**, com a listagem de todas as propostas aprovadas pela plenária. Para isso, foi feita

uma verificação cuidadosa levando-se em conta as seguintes fontes:

- o registro digital realizado pela relatoria na própria plenária, que foi apresentado no telão;
- o registro escrito de cada destaque encaminhado à relatoria, que indicou também por escrito a decisão tomada;
- dois registros escritos de dois coordenadores de mesa (Eduardo Vasconcelos e Sandra Fagundes).

Este trabalho foi realizado em reunião dos titulares da Comissão de Relatoria com o apoio da secretaria executiva, em São Paulo, no dia 30/07. Foi constatado que a documentação da plenária foi bem executada, com alto nível de congruência entre as fontes indicadas acima, registrando-se apenas dúvidas sobre três propostas, que exigiriam a verificação da gravação de áudio da plenária. Foi necessária também uma nova checagem pelos revisores de cada sub-eixo no Eixo 3, em relação às propostas marcadas com a então nova categoria criada pela plenária de “já contemplada”, para verificar se efetivamente tinham sido contempladas no restante do relatório. Todas estas propostas com dúvidas foram devidamente marcadas e verificadas no decorrer do processo de síntese.

Assim, chegamos a um relatório consolidado e revisado da plenária final com as seguintes dimensões:

- Eixo 1: das 344 propostas originais para a plenária, restaram 330.
- Eixo 2: das 322 propostas originais que foram para a plenária, restaram 294.
- Eixo 3: das 601 propostas encaminhadas à plenária, foram aprovadas 524, que incluem as propostas sob observação. Ficaram intocados os 2 anexos com conjuntos de propostas que não foram discutidas e aprovadas, mas que a plenária decidiu anexar no relatório final.
- Moções: das 39 moções originais, foram aprovadas 38. Nesta mesma etapa, foi feita uma revisão da redação das moções e a construção de títulos (a maioria não continha títulos), em estilo padronizado.
- Anexos: trata-se de 2 conjuntos de propostas que não foram discutidas pela plenária final, que decidiu anexá-los no relatório final, como forma de registro e publicização.

#### **4) Quarta etapa de trabalho: reunião da comissão de relatoria para avaliação geral da conferência, com recomendações para a construção do relatório como um todo e para a metodologia de síntese das propostas.**

Para isso, foi realizada uma reunião presencial de todos os membros da Comissão de Relatoria, no Rio de Janeiro, nos dias 8 e 9 de setembro. Estavam presentes praticamente todos os que colaboraram no trabalho de síntese durante a IV Conferência, com ausência justificada de

poucos membros.

Na primeira fase da reunião foi feita uma **avaliação do contexto de realização da IV CNSM-I, de todas as etapas do processo, dos desafios enfrentados e das conquistas de IV Conferência**, incluindo os temas que deveriam ser incluídos no seu **texto de apresentação**.

No que se refere ao processo e construção do Relatório, o aspecto mais ressaltado foi a **complexidade e delicadeza do trabalho**. Assim, o trabalho da relatoria deveria estabelecer um equilíbrio muito sutil entre a necessidade de se fazer síntese efetiva para um relatório mais conciso, mas ao mesmo tempo ter respeito pelo texto original das propostas. Além disso, outro desafio seria o de equilibrar a necessidade de se eliminar as repetições e amalgamar as propostas similares, mantendo a melhor redação entre elas (optou-se então pela ênfase na operação de corte e cola), e ao mesmo tempo se respeitar a complexidade e a singularidade dos vários aspectos expressos nas diversas propostas.

A segunda fase da reunião se debruçou mais diretamente sobre a metodologia de síntese das propostas. Aqui, foram discutidas e aprovadas as seguintes recomendações:

a) Estabelecer a **terminologia** considerada mais politicamente correta para todos os conceitos e termos chaves, sendo que esta operação deveria ser retomada e revisada em todas as etapas seguintes.

b) Repetir o dispositivo utilizado no Relatório final da III CNSM, de **construir uma seção inicial em cada sub-eixo temático, com princípios e diretrizes gerais**. Foram estabelecidos alguns critérios claros para identificá-los: *princípios e diretrizes gerais* são mais abrangentes, menos operativos, direcionando a política do ponto de vista ético, político e estratégico, ou apontando prioridades mais amplas; *propostas* indicam leis e normas a serem geradas ou transformadas, serviços, e ações concretas na sociedade. O objetivo desta seção é evitar que o relatório apresente apenas um conjunto fragmentado de propostas, dificultando a identificação pelos leitores da direção mais geral da política recomendada em cada sub-eixo temático. É importante lembrar que a construção dessa seção deveria ser feita primordialmente por operação corta e cola, respeitando ao máximo o texto original das propostas aprovadas na plenária, de forma a permitir que os participantes da conferência possam identificar para onde foram deslocadas, e com frases padronizadas para início e fim, cuja lista foi distribuída para todos os revisores logo após a reunião.

c) Inserir ou aperfeiçoar o **agrupamento de propostas dentro dos sub-eixos em seções específicas, com subtítulos**.



- d) Manter a **coerência da estrutura gramatical**, iniciando cada proposta por verbo no infinitivo.
- e) Colocar todas as **siglas e abreviaturas por extenso**, pelo menos na primeira vez que aparecessem no sub-eixo, construindo-se um **glossário de siglas** para todo o volume. De forma similar, todos os **nomes de instituições, programas, políticas, e número e outras dados sobre leis e normas deveriam ser checados**, para evitar equívocos de digitação ou de referência real à temática em foco.
- f) Manter um **intenso e regular intercâmbio entre os revisores de síntese, para evitar na medida do possível estilos diferentes de síntese**.
- g) Construir uma **documentação rigorosa**, com cada etapa de trabalho registrada em documento específico.
- h) **Checar as propostas categorizadas pela plenária final como “já contemplada”**, o que ocorreu no Eixo 3, verificando se a proposta já teria sido contemplada efetivamente. Em caso positivo, a proposta seria eliminada, e em caso positivo, seria assumida.
- i) Criar um **“banco comum de propostas” a serem enviadas para outros sub-eixos**.
- j) **Fundir diretrizes e propostas similares**, com ênfase na operação corta e cola, respeitando ao máximo o texto original das propostas aprovadas na plenária, permitindo que os participantes possam identificar para onde foram deslocadas, e dando prioridade para a melhor redação disponível, suprimindo os trechos que não foram utilizados pela escolha da versão mais adequada. Nesta etapa, foi recomendado ter cuidado com as particularidades e associações feitas nas propostas originais, para não descaracterizá-las de forma aleatória. Além disso, foi recomendado evitar parágrafos e frases longos, com muitos elementos, que dificultem a leitura.
- k) Enviar a versão acabada de cada sub-eixo para outros relatores, **para revisão e checagem do estilo** entre os vários sub-eixos e os três eixos.

##### **5) Quinta etapa do trabalho: operação de revisão, síntese de propostas e checagem dos sub-eixos e eixos, e seus desafios; construção dos diversos anexos.**

Nesta etapa, o trabalho foi descentralizado, mas no entanto, a diretriz de intercâmbio permanente entre os revisores foi mantida, através de correio eletrônico, conversas telefônicas e

reuniões pelo programa *Skype*, com consultas regulares também à Coordenação de Saúde Mental em Brasília, que ficou responsável, de forma conjunta com a Comissão de Relatoria, pela construção dos vários anexos do relatório.

Esta etapa representou um conjunto de tarefas complexas que exigiu muito cuidado, rigor e tempo, não apenas pelo número de propostas aprovadas e pela diretriz de que se construir um documento que seja reconhecido por todos como respeitador de cada decisão tomada durante a Conferência, mas sobretudo pela própria natureza e responsabilidade de se consolidar um relatório de conferência nacional, como um instrumento que deverá orientar todos os atores da reforma psiquiátrica em curso no cenário nacional, e em particular os atores das instâncias de controle social do SUS e os demais atores das políticas públicas em interface e implicadas no campo. Este trabalho operacionalizou todas as diretrizes indicadas acima, mas também implicou em lidar com uma nova gama de desafios complexos que exigiu longas e regulares conversas entre os membros da relatoria:

a) **Checagem das fitas de áudio** gravadas na plenária, para verificação de dúvidas residuais do status de um número reduzido de propostas.

b) **Checagem ou pesquisa da terminologia** mais apropriada e a padronização de seu uso no conjunto do relatório. Aqui houve um enorme e permanente trabalho, pois alguns dos termos requereram discussão conceitual e política, e um grupo significativo deles exigiu consulta.

c) **Checagem de siglas, instituições, programas, políticas, e número e outras dados sobre leis e normas** citados nas propostas. Também aqui foi requerido um enorme volume de trabalho.

d) **Hierarquização das seções de sub-temas específicos dentro de cada sub-eixo.** Dadas as condições desfavoráveis para um trabalho minucioso durante a própria Conferência, as propostas foram listadas de forma relativamente arbitrária nos grupos de trabalho, em seus relatórios e nos consolidados internos da Conferência, sem que os relatores e revisores pudessem construir uma lógica interna mais rigorosa para sua ordenação. Uma organização das propostas para um relatório de uma conferência nacional exige necessariamente estabelecer princípios de hierarquização e ordenação mais adequadas para cada sub-eixo.

e) **Elaboração das seções iniciais de princípios/diretrizes gerais e seus desafios.** Como era de se esperar, o processo de **discussão e de se buscar consenso para se chegar a uma padronização de estilo** constituiu um enorme desafio, especialmente na formulação da seção inicial de princípios e diretrizes gerais. Adotou-se a posição de incluir as principais propostas deste tipo integralmente,

priorizando a operação corta e cola, o que retirou a proposta da lista seguinte dentro do sub-eixo, enquanto aquelas que tivessem apenas rápida referência nesta sessão inicial foram mantidas na lista seguinte em seu formato original. O desafio desta homogeneização do estilo se deveu primeiramente ao fato de termos 3 equipes em 3 locais diferentes do país, da própria tendência de cada responsável imprimir seu próprio estilo, oferecendo ou não maior detalhamento, e pela premência do tempo, particularmente na **última etapa, de leitura global e comparação entre os 3 eixos**. Em segundo lugar, e mais primordialmente, o desafio se deu pela delicadeza intrínseca da escolha de algumas propostas para constarem como princípios ou diretrizes gerais, não obstante a presença de critérios objetivos indicados anteriormente. **A posição adotada pelos relatores foi de considerar tanto as propostas identificadas como princípios e diretrizes, bem como as demais, como deliberações da plenária com o mesmo peso formal, sendo apenas de naturezas diferentes**. Desta forma, as deliberações da plenária foram apresentadas em dois formatos diferentes:

- deliberações cujo conteúdo foi identificado como **princípio e diretriz geral**, apresentadas em **texto corrido** nas seções que introduzem cada sub-eixo, em que **a unidade é o parágrafo, que é numerado** seguindo a ordem geral das propostas, para facilitar a referência pelo leitor;
- deliberações de **caráter mais operacional e normativo**, apresentadas no **formato de propostas convencionais individuais**, e também **numeradas** na ordem geral do relatório.

Esta decisão possibilita pelo menos **três tipos ou níveis diferentes de leitura**. Para uma primeira aproximação mais geral, pode ser interessante ler apenas as sessões iniciais de princípios e diretrizes gerais de cada sub-eixo, que resumem e dão a direção geral da temática e das propostas. Para aqueles que quiserem um maior nível de aprofundamento e detalhamento, este relatório final deve ser lido integralmente, com todas as propostas. Para aqueles interessados em uma temática específica, é possível buscar os eixos e sub-eixos correlacionados, nos quais ela emerge, fazendo uma leitura mais específica e focada.

f) **A superposição e repetição de temas e propostas entre os três eixos e entre sub-eixos.**

Constatamos que uma primeira leitura mais rápida do consolidado da plenária pode gerar inicialmente a tendência do leitor achar que não houve uma redistribuição das propostas para o lugar eventualmente mais adequado para aquela temática, que concentraria todas as propostas relativas ao assunto. De forma similar, há muitas propostas que se repetem em vários sub-eixos diferentes, particularmente no eixo 3, mais diretamente relativo à intersetorialidade. Consideramos que essa questão remete à própria concepção de política social como um fenômeno complexo, que

articula e superpõe diferentes dimensões políticas, econômico-financeiras, sociais, jurídico-legais e normativas, institucionais, organizativas, assistenciais, subjetivas e clínicas, com suas múltiplas interconexões em toda a sua rede de recursos-meio e de serviços. Além disso, remete à noção mesma de intersetorialidade, que foi adotada como um princípio norteador da Conferência. A estrutura geral do temário da IV Conferência, articulando 27 tópicos diferentes agrupados em 3 eixos, na verdade acentuou isto, ao buscar o detalhamento de cada tema, como também estimulou uma exploração dos temas que atravessam transversalmente cada tópico. Por exemplo, a discussão de sub-eixos voltados para serviços substitutivos, do eixo 2, necessariamente mobiliza aspectos mais gerais de gestão e política do eixo 1 e de intersetorialidade do eixo 3. Da mesma forma, assumir radicalmente a perspectiva da intersetorialidade requer manter propostas locadas durante a Conferência em mais de um sub-eixo, para mostrar a integração e superposição intersetorial potencial ou já existente das temáticas em foco, mesmo que na estrutura mais convencional da administração pública ela seja lotada apenas em apenas uma área específica. Nesta direção, mesmo que uma temática seja tratada em mais de uma posição dentro do relatório, ela tende a uma maior profundidade e detalhamento em um dos sub-eixos particulares.

Esta **estrutura mais complexa do relatório** nos encorajou ainda mais a construir e inserir neste Relatório o presente texto de apresentação à metodologia de sua construção.

Em síntese, este foi o percurso desenvolvido na construção deste relatório e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

Comissão de Relatoria

## **Eixo I**

**Políticas Sociais e Políticas de Estado:  
pactuar caminhos intersetoriais**

## 1.1 - Organização e consolidação da rede

### Princípios e diretrizes gerais

1. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I) reafirma o caráter efetivamente público da Política de Saúde Mental, recusando todas as formas de terceirização da gestão da rede de serviços. Nesse sentido, responsabiliza os gestores, nos três níveis de governo, pelo desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Saúde Mental, com garantia de dotação orçamentária específica, espaços físicos próprios, condições materiais e técnicas adequadas, para a viabilização do novo modelo assistencial. Propõe, ainda, que a saúde mental esteja integral e universalmente inserida em todas as esferas de saúde, de forma que os usuários tenham participação em todos os níveis de atenção à saúde.
2. De acordo com os princípios, diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Saúde Mental e das Leis Federais nº 10.216/01 e nº 10.708/03, a IV CNSM-I propõe implantar, implementar, ampliar, consolidar e fortalecer a rede de serviços substitutivos em Saúde Mental, em todo o país, com prioridade para as regiões com vazios assistenciais, garantindo acesso, acolhimento e tratamento de toda a população, em todos os níveis de assistência: equipe de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad (álcool e drogas) e CAPSi (infantil) - ; Centros de convivência; Residências Terapêuticas; emergências psiquiátricas e leitos para saúde mental em Hospitais Gerais, leitos clínicos para desintoxicação em Hospitais Gerais, atendimento móvel de urgência e demais serviços substitutivos necessários aos cuidados contínuos em Saúde Mental.
3. Implantar e implementar serviços de saúde mental municipais e/ou regionais, com atendimento integral da criança ao idoso, ampliar o número de Residências Terapêuticas e as possibilidades de implantação de CAPS e assegurar a obrigatoriedade de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais - destinados a crianças, adolescentes e adultos - são algumas das medidas necessárias para o efetivo cumprimento da Lei 10.216/2001, assegurando uma rede comunitária de serviços em completa substituição à internação em hospitais psiquiátricos, como garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental.
4. Deve-se garantir a realização de ações intersetoriais nas áreas de educação, assistência social e justiça e o desenvolvimento de cooperativas sociais e projetos de inclusão produtiva, sempre respeitando os critérios epidemiológicos e de regionalização. Para tanto, propõe-se o estímulo à comunicação e à participação dos diferentes setores e serviços no

âmbito dessas ações, bem como a realização de reuniões intra e intersetoriais sistemáticas. Considera-se importante promover uma interlocução efetiva entre as equipes de profissionais que atuam na rede de Saúde Mental e as que atuam na rede intersetorial de políticas públicas em Educação, Saúde e Assistência Social que promovam/tratem a saúde mental no município.

5. No que diz respeito ao processo de desinstitucionalização dos usuários em internações de longa permanência em todo o país, é crucial o desenvolver essa política de forma intersetorial com utilização de instrumentos existentes nas Políticas de Habitação, Assistência Social, Direitos Humanos, entre outras.
6. A rede de serviços de saúde mental deve trabalhar com a lógica do território, de forma integrada aos demais serviços de saúde, fortalecendo e ampliando as ações da Estratégia Saúde da Família, Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Para garantir o atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental, em seu próprio território, propõe-se a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Primária. Ao mesmo tempo, afirma-se a estratégia do matriciamento e a articulação dos serviços em rede como garantia para a inserção do usuário nos serviços, na perspectiva da integralidade e conforme sua necessidade. Além disso, propõe-se implementar o matriciamento em saúde mental, com equipes intersetoriais na atenção em saúde, como diretriz da Política de Saúde e com financiamento das diferentes Políticas Públicas (Educação, Saúde, Assistência Social e outras).
7. A oferta de educação permanente em saúde mental para profissionais da Atenção Básica surge também como proposta no âmbito da organização e consolidação da rede. O investimento, pelo Ministério da Saúde, na qualificação dos serviços já existentes e nos componentes da rede de serviços de saúde mental do país e o fortalecimento das práticas de saúde baseadas na PNH – Política Nacional de Humanização são, da mesma forma, diretrizes pelas quais pautar as ações de organização e consolidação da rede.
8. Com respeito à Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial conclama o Ministério da Saúde à efetivação de ações que garantam sua implementação, de forma a proporcionar uma assistência de qualidade, evitando a criminalização dos usuários.
9. No que se refere às pessoas em situação de rua, defende-se a garantia de acompanhamento intersectorial integral às que apresentem transtorno mental e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas, através de uma política de saúde integral que contemple a saúde mental levando em conta as especificidades dessa população, particularmente a de não ter território definido. O atendimento e acompanhamento devem ser garantidos aos



usuários e aos seus familiares, incentivando o controle social das ações.

10. Em relação à participação popular e controle social, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial indica a necessidade de reativação dos conselhos gestores nas unidades de saúde, a intensificação da participação popular nos conselhos fiscalizadores e o incentivo à participação da sociedade civil organizada, nos processos de organização da rede dos serviços de saúde.

Também foram deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial:

### **Intersetorialidade**

11. Estabelecer, na esfera federal, um Sistema Integrado de Políticas Públicas, com representação do Sistema Único de Saúde, Sistema Único de Assistência Social, Política Nacional de Direitos Humanos e Sistema Público de Educação; e, nas esferas Estaduais e Municipais, constituir uma Instância Colegiada Intersetorial de Políticas Públicas, com ampla representação dos gestores, trabalhadores, usuários, familiares e sociedade organizada.
12. Garantir a estratégia intersetorial da atenção psicossocial como ordenadora da Rede, com o estabelecimento do planejamento e gestão centrados em módulos territoriais intersetoriais, compostos por um conjunto de serviços e/ou dispositivos com perfis diferenciados e complementares, conforme as realidades locais.
13. Criar um fórum intersetorial permanente de saúde mental com representantes da Educação, Assistência Social, Segurança Pública, Poder Judiciário, Direitos Humanos, Ministério Público, Cultura, Movimentos Sociais, Instituições de Ensino Superior, Conselhos de Políticas Públicas, entre outros; organizar, no âmbito desse fórum, evento anual para troca de experiências dos serviços e atualização científica.

### **Saúde Mental e Atenção Básica**

14. Garantir, através de portaria específica do Ministério da Saúde, a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Primária, com composição mínima de três profissionais para cada 10 mil habitantes, devendo esses profissionais serem capacitados e afinados com os princípios da Reforma Psiquiátrica, com vista ao atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental em seu próprio território, mediante ações de prevenção e promoção em Saúde Mental.

15. Incluir indicadores/marcadores de saúde mental junto ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), através da criação de instrumentos de coleta de dados e acompanhamento pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia Saúde da Família (PACS/ESF) e da inclusão, no SIAB, dos códigos utilizados nos diagnósticos de pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas.
16. Preparar e equipar Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros Especializados em Odontologia, de forma a capacitar toda a equipe de saúde bucal para o atendimento preventivo e curativo às pessoas em sofrimento mental e aos usuários de álcool e outras drogas.

### **Centros de Atenção Psicossocial**

17. Alterar a normatização proposta na portaria nº 336/GM/2002 de forma a ampliar as possibilidades para implantação de CAPS, conforme as especificidades e necessidades regionais e/ou populacionais, considerando, como critério, os fatores epidemiológicos e sociais em saúde mental, e não apenas o índice populacional; revendo a proposta para composição das equipes mínimas; priorizando e definindo critérios para a atuação no território.
18. Garantir financiamento e obrigatoriedade, por parte do Ministério da Saúde, de supervisão clínico–institucional em todos os CAPS.
19. Garantir que, para efeitos de benefícios previdenciários e assistenciais (BPC) junto ao INSS, sejam aceitos laudos técnicos elaborados pelas equipes técnicas dos CAPS, com assinatura de outros profissionais da equipe interdisciplinar, que não apenas de médicos.

### **Saúde mental em municípios de pequeno porte**

20. Proporcionar assessoria técnica direta e constante por parte do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde na formação de consórcios para a criação de serviços de saúde mental em municípios de pequeno porte, desburocratizando e facilitando a criação de parcerias intermunicipais.
21. Desburocratizar e facilitar a criação de parcerias Intermunicipais de Saúde Mental, a partir dos municípios de pequeno porte, para implantação de novos CAPS e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), conforme o Pacto pela Saúde.
22. Ampliar e garantir a acessibilidade ao serviço de saúde mental através de equipes interdisciplinares itinerantes que realizem ações de atenção psicossocial nos municípios referenciados, minimizando as dificuldades em regiões onde há vazios assistenciais.

## **Programa de Volta Para Casa, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência**

23. Redefinir os critérios de inclusão no Programa de Volta para Casa e garantir o desenvolvimento da Política Intersetorial, com utilização de instrumentos existentes nas Políticas de Habitação, Assistência Social, Direitos Humanos, entre outras, para induzir o processo de desinstitucionalização dos usuários em internações de longa permanência em todo o país.
24. Garantir a ampliação das residências terapêuticas, com a proposição de novos critérios que possibilitem a inclusão dos usuários de saúde mental que perderam vínculos familiares.
25. Criar mecanismos de financiamento tripartite de Centros de Convivência, estimulando a ampliação destes serviços nos municípios.
26. Regulamentar, nos níveis municipal, estadual e nacional, os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCOs) como serviços da rede substitutiva em Saúde Mental, na perspectiva do trabalho centrado na heterogeneidade, na intersetorialidade e economia solidária, garantindo assim recursos públicos (financeiro, material e humano) para o pleno funcionamento das unidades já existentes e outras a serem implantadas de acordo com índices de saúde e de vulnerabilidade social.

## **Álcool e outras drogas**

27. Criar novas estratégias para atender os usuários de álcool e outras drogas, por meio de CAPSad 24 horas, com inclusão de leitos para desintoxicação.
28. Proibir o credenciamento pelo SUS de serviços especializados em alcoolismo e drogadição que preconizem internação de longa permanência ou que não submetam seu projeto terapêutico à assessoria de saúde mental do estado, ouvindo os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde.

## **Urgência e emergência em saúde mental**

29. Construir protocolos de atendimento à urgência e emergência em saúde mental, que permitam a inclusão de especificidades locais, em conjunto com profissionais que atuam na área técnica, visando a integralidade do cuidado.
30. Elaborar e implantar protocolos de atendimento de urgência e emergência em Saúde Mental nos Hospitais Gerais, capacitando os profissionais e adequando sua estrutura física; assegurar a execução do protocolo de classificação de risco em urgência e emergência em Saúde Mental nos Hospitais Gerais.

## **Práticas Comunitárias, Integrativas e Complementares**

31. Ampliar e fortalecer os serviços de terapias complementares e comunitárias, com enfoque intersetorial, para usuários de serviços de saúde mental.
32. Implantar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Ministério da Saúde na rede de saúde mental e na atenção básica, garantindo, além da homeopatia e acupuntura, a fitoterapia e as práticas psicocorporais.
33. Garantir a continuidade da implantação, ampliação e fortalecimento da terapia comunitária como estratégia intersetorial de promoção e cuidado em saúde mental nos serviços de saúde, saúde mental e assistência social.

## **1.2 - Financiamento**

### **Princípios e diretrizes gerais**

34. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial postula o aumento dos recursos financeiros destinados à Saúde Mental, a ser garantido pelas três esferas governamentais – municipal, estadual e federal. Junto com o aumento, propõe a regulamentação desses recursos, através da definição dos percentuais de cada esfera, atribuição de rubrica orçamentária específica, modificações na forma de pagamento, formulação de critérios claros e transparentes de destinação, aplicação, gestão e controle. No contexto do Pacto pela Saúde, cabe ao Ministério da Saúde garantir a Política de Saúde Mental como prioridade, pautada por processos de monitoramento e controle para uso dos recursos, tendo seu financiamento assegurado por meio de critérios que levem em conta as dimensões demográficas e epidemiológicas regionais e municipais, com extinção do critério de pagamento por produção assistencial.
35. O aumento e a regulamentação de recursos, tal como proposto, visam à manutenção e ampliação do conjunto de ações de saúde mental e da rede de serviços substitutivos (CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Programa de Volta pra Casa, entre outros) em todos os níveis de atenção e complexidade do sistema, obedecendo a lógica do território, dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, cabe destacar a proposta que reafirma, através da garantia de financiamento, a abertura de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, ao mesmo tempo em que proíbe a União, Estados e

Municípios o incremento de recursos financeiros aos hospitais psiquiátricos.

36. O aumento e a regulamentação de recursos devem levar em conta, ainda, a heterogeneidade presente no território nacional, de forma a viabilizar o atendimento de situações tão diversas como as que dizem respeito a especificidades loco-regionais da Amazônia Legal e das populações indígenas, de acordo com suas diferentes etnias; as demandas dos municípios com população menor que 100.000 habitantes, incluindo o financiamento de CAPS, estratégia de redução de danos e programas de prevenção e tratamento dos usuários (crianças, jovens e adultos) de álcool e outras drogas; as demandas dos municípios com população inferior a 20.000 habitantes para o desenvolvimento da atenção à saúde mental e implantação de rede serviços de saúde mental de acordo com suas realidades e necessidades, incluindo equipes de saúde mental na atenção básica, CAPS, Residências Terapêuticas e outros.
37. A IV CNSM-I também propõe o benefício de políticas específicas de saúde mental, em especial: políticas de capacitação e desenvolvimento de serviços, programas e projetos para saúde mental da criança e do adolescente, assim como apoio a seus familiares; e programas de promoção, prevenção, atenção e reabilitação de usuários de álcool e outras drogas. E, ainda, devem voltar-se para projetos e ações diversos, tais como: incremento de pesquisas científicas na área da saúde mental; projetos de inserção social, geração de emprego e renda e economia solidária; práticas inclusivas e integrativas; educação permanente em saúde mental de todos profissionais da rede de saúde, educação, movimentos sociais, controle social, incluindo programas e projetos intersetoriais.
38. A intersetorialidade é destacada através da proposta de criação de linhas de financiamento para o planejamento, implantação e implementação de ações intersetoriais em saúde mental. Insere-se nessa perspectiva a criação de dispositivos de financiamento, custeio e sustentabilidade de projetos sociais inclusivos (moradia, trabalho, renda, cultura, convivência, previdência, socialização, acessibilidade, locomoção, escolarização), assegurando a integralidade e a equidade para a saúde mental. Ao lado dessas ações intersetoriais, considera-se importante também o financiamento de ações interdisciplinares no âmbito da saúde mental.

As seguintes propostas também foram aprovadas no tocante ao tema do financiamento:

## **Regulamentação e fiscalização**

39. Exigir a regulamentação da Emenda Constitucional 29 na sua forma original, garantindo o financiamento nas três esferas de governo e a destinação, através do Pacto de Gestão, de recurso fundo a fundo das três esferas para a rede de serviços substitutivos de saúde mental.
40. Garantir, através de mecanismos legais de fiscalização e acompanhamento, que os recursos advindos dos governos federal e estadual e da contrapartida municipal cheguem efetivamente aos serviços de Saúde Mental, exigindo transparência na prestação de contas aos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, de forma individualizada e por natureza de serviços, nos blocos da média e alta complexidade para acompanhar e controlar a utilização financeira dos recursos destinados à saúde mental.
41. Promover, através da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a revisão dos valores e a ampliação do rol de procedimentos da tabela Unificada do SUS, com o intuito de abranger ações de saúde mental ainda não contempladas, bem como ações interdisciplinares e intersetoriais.
42. Garantir que os recursos referentes às Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) decorrentes do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos retornem aos municípios de origem dos pacientes para serem utilizados nas ações e serviços substitutivos em Saúde Mental.
43. Garantir, a partir da elaboração da proposta orçamentária de 2011, alocação de recursos para as ações da saúde mental, contemplando as deliberações das diversas Etapas da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial.

## **Financiamento da rede: CAPS, Residências Terapêuticas, Atenção Básica, Centros de Convivência**

44. Aumentar o incentivo financeiro do Ministério da Saúde para implantação e manutenção dos CAPS, regulamentando a descentralização dos recursos por meio de repasse fundo a fundo com rubrica específica, de modo a possibilitar a aquisição de sede e transportes próprios e a melhoria na estrutura física e na alimentação; definir a forma de prestação de contas por meio de relatórios de gestão, sob fiscalização dos colegiados de Controle Social, em especial os Conselhos de Saúde, visando a transparência na utilização dos recursos financeiros.
45. Garantir que o Ministério da Saúde defina e regule, por meio de Portaria específica, uma nova forma de custeio dos CAPS, não mais mediante Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), mas através de teto fixo contratualizado, com a destinação de um valor global para as ações, de acordo com estudo técnico sobre o custo real para cada

modalidade de CAPS; regulamentar e garantir o monitoramento dos recursos financeiros destinados ao CAPS, para que sejam transferidos Fundo a Fundo e utilizados exclusivamente no CAPS.

46. Superar o pagamento por procedimento, que tem por base a doença, estabelecendo piso financeiro para todos os CAPS e reajuste do piso da Atenção Básica para ações em Saúde Mental, além da utilização de um sistema de informações para subsidiar o monitoramento da rede de saúde mental, enfatizando a vigilância.
47. Aumentar o teto da Média e Alta complexidade para os municípios sede de CAPS.
48. Aumentar o repasse financeiro e a equipe mínima de cinco para oito profissionais de nível superior nos CAPS I, considerando a necessidade de atendimento, em todas as idades, de todos os casos de sofrimento psíquico e uso de álcool e outras drogas.
49. Garantir o cadastramento para a liberação dos recursos financeiros imediatamente após as habilitações dos CAPS.
50. Estender o incentivo da supervisão clínico-institucional para todos os municípios que possuem CAPS cadastrados.
51. Garantir financiamento para realização de oficinas terapêuticas nos CAPS em parcerias intersetoriais: assistência social, cultura, esporte, lazer e educação.
52. Implantar e prover custeio de Centros de Convivência como dispositivos intersetoriais estratégicos para a rede de saúde mental.
53. Garantir incentivo financeiro aos Centros de Convivência, com recursos federais que possibilitem a criação de outros centros também nos distritos sanitários indígenas.
54. Garantir, com os reajustes financeiros necessários e justificados pela crescente demanda atual, recursos para a implantação de Residências Terapêuticas voltadas para os usuários egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e/ou em estado de abandono ou vulnerabilidade social, e de forma paralela sua inclusão no Programa de Volta para Casa, procedendo-se à revisão da portaria 106/2000 no que se refere a seu público alvo.
55. Instituir incentivo financeiro específico para a saúde mental no bloco da atenção básica para municípios.
56. Garantir recursos federais e estaduais para ações de saúde mental em todos os municípios, independente do critério populacional.
57. Instituir, no bloco de financiamento PAB (Piso da Atenção Básica) variável dos Fundos Municipais de Saúde, incentivo financeiro para implantação e implementação das Políticas Nacional e Municipal de Práticas Inclusivas e Complementares/Integrativas, a exemplo, da terapia comunitária, massoterapia, acupuntura e outras práticas integrativas.



58. Garantir recursos financeiros que atendam necessidades de reforma, construção e/ou aquisição de edifícios próprios e/ou veículos exclusivos para os serviços de saúde mental.

#### **Financiamento para atenção integral a usuário de álcool e outras drogas**

59. Garantir recursos específicos da Saúde Mental e da intersetorialidade para os serviços que executem ações de atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

60. Utilizar recursos do SUS e SUAS (Sistema Único de Assistência Social) para implantar CAPSad III, além de CAPSad e CAPSi, articulados a outros dispositivos sociais, culturais e comunitários.

61. Garantir que a União repasse diretamente aos fundos municipais, com informação aos Conselhos Municipais de Saúde, os recursos arrecadados através de leilões de bens e valores provenientes do combate ao tráfico de entorpecentes, com vistas à implantação da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde.

62. Garantir o financiamento e implementação de políticas intersetoriais para fiscalização da publicidade e a comercialização de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas.

#### **Financiamento para assistência farmacêutica**

63. Incentivar pesquisas e desenvolvimento de laboratórios federais para produção de medicamentos.

64. Incentivar financeiramente a pesquisa e utilização de plantas medicinais e medicamentos homeopáticos para saúde mental.

65. Implantar incentivo financeiro para farmácias vivas nos CAPS e na Estratégia Saúde da Família.

66. Aumentar o valor do financiamento per capita anual aplicado em medicamento da assistência farmacêutica básica pela União, Estado e Municípios.

67. Garantir recursos financeiros para demanda por medicamentos essenciais e excepcionais em saúde mental, melhorando a sua distribuição e regulação, visando assegurar o fornecimento gratuito e o acesso regular da medicação em todo o território nacional.

#### **Financiamento de ações de assistência social**

68. Criar um Fundo de Assistência à pessoa em sofrimento mental, nos moldes do Fundo de Assistência ao Trabalhador.

69. Garantir financiamento da gratuidade dos meios de transporte público às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e seus acompanhantes, através dos impostos da venda de bebidas alcoólicas e de cigarro, possibilitando acessibilidade ao tratamento.

## 1.3 - Gestão do trabalho em saúde mental

### Princípios e diretrizes gerais

70. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial reitera a realização de concurso público como forma de contratação para todo e qualquer trabalhador de saúde mental e do SUS, assumindo, assim, o combate contra a precarização do trabalho em saúde e a garantia de equipe completa e qualificada em todos os equipamentos de saúde mental. Também propõe a ampliação do quadro de profissionais de saúde mental na rede de atenção, garantindo descentralização das ações e o matriciamento em saúde mental na atenção básica, em conjunto com a implementação da Estratégia Saúde da Família, em 100% dos municípios.
71. Com vistas à qualificação do trabalho, deve-se assegurar que os processos seletivos, propostos na forma de concurso público, estejam de acordo com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, do SUS, da Política Nacional de Humanização e da Redução de Danos, estabelecendo critérios de avaliação que priorizem profissionais com formação em Saúde Mental, Saúde Coletiva e Políticas Públicas. Importa, ainda, garantir a permanência do profissional designado para determinado setor, valorizando o conhecimento adquirido e a formação de vínculos entre profissional e usuário, exceto em situação de comprovada necessidade de serviço, mediante pactuação entre os envolvidos. A melhoria nas condições de trabalho dos profissionais da Saúde, nos três níveis de atenção, é, também, uma diretriz a destacar, envolvendo a garantia de ações voltadas à saúde dos trabalhadores de saúde mental, através da implementação de projetos e programas específicos de cuidado aos cuidadores que contemplem ações de formação, atenção e participação na gestão, conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização.
72. Além da qualificação e educação permanente em saúde mental para as equipes multiprofissionais do Sistema Único de Saúde em todos os níveis de atenção (básica, secundária e terciária), propõe-se a capacitação em saúde mental das equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Corpo de Bombeiros Militar e Polícias Civil e Militar. Considera-se fundamental a realização de capacitações, oficinas, atividades formativas e informativas, dirigidas não somente aos técnicos da rede de Saúde Mental, mas também aos seus usuários e, ainda, aos movimentos sociais e populares e à rede social, visando o fortalecimento das ferramentas de controle social, dos grupos de apoio de familiares, das entidades e redes, utilizando recursos recebidos pelos fundos de saúde.

Também foram deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial as propostas que seguem:

### **Carreira, cargos, salários e saúde do trabalhador**

73. Implementar uma Política de Plano de Carreira, Cargos e Salários, com criação do piso salarial e data base que viabilize a isonomia salarial e o incentivo salarial para aprimoramento através de cursos de pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) em que se incluam profissões de diversas áreas, ainda não reconhecidas, que contribuam com as ações em Saúde Mental; garantir, através de concurso público, a regularização dos direitos dos trabalhadores no serviço público; incluir, na realização de concurso público, prova de títulos que priorize profissionais com formação em Saúde Mental, Saúde Coletiva e Políticas Públicas.
74. Ampliar o quadro de profissionais de saúde mental na rede de atenção, através de concurso público, garantindo descentralização das ações e o matriciamento em saúde mental na atenção básica em conjunto com a implementação da Estratégia de Saúde da Família.
75. Efetivar através de concurso público o quadro permanente de profissionais – psicologia, assistente social, médicos, enfermagem e outros – para atender à área da saúde mental do sistema prisional.
76. Acrescentar um aditivo à portaria nº336/2002, ampliando a equipe mínima e garantindo a manutenção da mesma, com a continuidade do quantitativo necessário em situação dos trabalhadores que saem de férias e/ou licença prolongada.
77. Garantir lotação de profissionais farmacêuticos em todas as unidades e serviços de saúde/saúde mental, em especial onde é efetivada dispensação de medicamentos psicofármacos.
78. Garantir a implantação e ampliação de CEOs (Centros de Especialidades Odontológicas) e do número de profissionais especializados no cuidado de pessoas com transtornos mentais e/ou uso de álcool e outras drogas.
79. Garantir o atendimento odontológico e protético, incluindo procedimentos de promoção, prevenção e reabilitação, das pessoas em sofrimento psíquico na rede de atendimento SUS e garantir a qualificação do profissional odontólogo para o manejo com essa situação específica.
80. Garantir a contratação de agentes redutores de danos em CAPSad e na rede de saúde mental.
81. Garantir aos profissionais da área de saúde mental a aprovação da lei que dispõe sobre a carga horária de trinta horas semanais de trabalho.

82. Implantar equipe interdisciplinar e multiprofissional de atenção à saúde mental, por segmento, para os profissionais de todos os setores públicos, com revisão dos afastamentos.

### **Processos de trabalho**

83. Promover na equipe de saúde a modificação do processo de trabalho, com enfoque no acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade para o atendimento.

84. 66. Garantir aos profissionais da rede de atenção integral à saúde mental carga horária destinada à participação em atividades de planejamento e organização do serviço, bem como espaço para reuniões clínicas, estudos de casos e supervisões.

85. Garantir a função de supervisão clínico-institucional no sistema de saúde mental sempre que demandada pelas equipes, pelos serviços e pela gestão.

### **Regulação da rede**

86. Criação de um sistema único de informações para gerenciamento das ações em saúde mental, que contenha relatórios no formato de prontuário eletrônico, interligando CAPS e outros setores públicos e privados das mais diversas áreas de atuação, para possibilitar a continuidade da assistência ao usuário, a ordenação e organização dos serviços e subsídios para projetos e pesquisas nas três esferas de governo.

87. Discutir os protocolos de acesso dos usuários de Saúde Mental ao atendimento do SAMU 192.

88. Ampliar a fiscalização para que se garanta o cumprimento das normas estabelecidas referentes às instalações e estruturas físicas dos serviços de saúde mental, a qualidade do atendimento clínico e multidisciplinar e gestão dos recursos públicos, mediante a realização de concursos públicos para auditores do SUS, constituído por profissionais de diversas formações contemplando a intersetorialidade.

## **1.4 - Política de assistência farmacêutica**

### **Princípios e diretrizes gerais**

89. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial aponta a necessidade de sustentação e garantia de fornecimento de medicamentos aos usuários de saúde mental na rede de serviços do SUS, visando qualificar a oferta do acesso gratuito e integral a medicamentos diversificados, eficazes, seguros e de qualidade. A articulação entre a Política Assistência Farmacêutica e a Política de Saúde Mental deve atentar para a adequação da

programação ao perfil epidemiológico regional, de forma a garantir o abastecimento pleno e contínuo dos medicamentos de Saúde Mental de modo descentralizado para os municípios, sem desrespeitar o princípio geral da desmedicalização do sofrimento psíquico.

90. A fim de garantir os direitos dos usuários, as propostas aprovadas na IV CNSM-I visam assegurar os recursos financeiros, com os reajustes necessários e justificados pela crescente demanda atual, para a compra de medicamentos essenciais e excepcionais em saúde mental. Para tanto, é necessário que se garantam mecanismos junto às três esferas de governo que concorram para a ampliação e desburocratização do acesso gratuito ao elenco de medicamentos de alto custo da saúde mental, tanto quanto aos medicamentos da lista básica da saúde mental, ampliando o elenco de medicamentos padronizados e melhorando a sua distribuição e regulação. O aumento dos incentivos financeiros reivindicado para garantir os medicamentos necessários à integralidade da atenção de todos pacientes com sintomas psicóticos graves não deve excluir, entretanto, a utilização de recursos terapêuticos integrados. Foi destacada também a importância de se estimular o uso racional de medicamentos, evitando o tratamento medicamentoso como principal intervenção.

Ainda constituem deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial as seguintes propostas:

### **Gestão e financiamento**

91. Criar um Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde para definição de forma clara e operacional dos percentuais de financiamento e de responsabilidade para organização da assistência farmacêutica, bem como para estudar a viabilidade da quebra de patentes de medicamentos psicotrópicos, a fim de garantir livre produção nacional e acesso dos usuários a estes medicamentos.
92. Garantir e ampliar o percentual de contrapartida dos Estados e Municípios para compra dos medicamentos, com objetivo de assegurar o uso contínuo e regular das medicações pelos usuários de saúde mental.
93. Assegurar o fornecimento gratuito e o acesso regular da medicação em todo o território nacional com estipulação e monitoramento de metas para assistência farmacêutica nos municípios, aumentando a verba *per capita* para medicamentos essenciais e especializados.
94. Garantir a continuidade no fornecimento de insumos materiais e de medicamentos para assistência em Saúde Mental em todos os níveis de complexidade, ampliando recursos para Assistência Farmacêutica, através de repasse fundo a fundo.

95. Fiscalizar o controle de medicamento por meio de Comissão Permanente para subsidiar a aquisição e repasse de verbas destinadas à sua compra.
96. Garantir que o Governo Federal exija dos Estados e Municípios a fiscalização para o controle dos preços dos medicamentos na rede de Saúde.
97. Garantir a revisão periódica dos protocolos clínicos de saúde mental para processo de dispensação especializada dos medicamentos, com acesso imediato aos exames especiais (média e alta complexidade) a fim de garantir os direitos dos usuários.
98. Aumentar e garantir os recursos financeiros contemplados pela Portaria 2.982/09 - de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica - repassados para os municípios como forma de garantir o tratamento das pessoas com transtornos mentais no município de origem.

### **Gestão da informação**

99. Subsidiar o planejamento e aquisição de medicamentos controlados através da criação de um cadastro único informatizado e descentralizado com indicadores de saúde mental que permitam a construção de um perfil epidemiológico e psicossocial das pessoas com transtornos mentais.
100. Criar e implantar sistema de informações padronizado e informatizado em saúde mental para aprazamento das consultas e controle da distribuição dos medicamentos aos usuários, com implantação de um cadastro único nacional e utilizando o número do cartão SUS.
101. Implantar Protocolo de Assistência Farmacêutica que defina diretrizes para prescrição e controle de medicamentos psicotrópicos e que contemple a informatização de receitas e capacitação do profissional, de forma a garantir o controle do uso abusivo de medicamentos e assistência farmacêutica às pessoas com doença mental.
102. Criar no âmbito do Ministério da Saúde, em colaboração com a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância em Saúde – uma instância controladora da medicalização da sociedade que tenha por função o monitoramento da indústria farmacêutica, no que tange a ações, inclusive em congressos profissionais, que levam ao abuso da prescrição e do consumo de psicofármacos.
103. Garantir que os Conselhos Federais e Regionais de Odontologia, Enfermagem, Medicina e Farmácia e a ANVISA exerçam efetivo controle sobre as prescrições indiscriminadas de medicamentos psicotrópicos.
104. Criar dispositivos que evitem a judicialização da saúde mental decorrente de razões mercadológicas ou outras estranhas ao campo da saúde, assegurando a desmedicalização do sofrimento psíquico.
105. Implantar os sistemas: SNGPC (Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos

Controlados) e o Sistema Horus (Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica) nos serviços públicos de assistência em saúde.

### **Ampliação e qualificação da oferta de medicamentos**

106. Ampliar a oferta de medicamentos psicotrópicos nas Farmácias Populares.
107. Ampliar a Farmácia Básica, incluindo os medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, bem como os psicotrópicos genéricos, em consonância com os avanços da farmacologia psiquiátrica.
108. Incentivar a pesquisa de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos em Saúde Mental.
109. Revisar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME - com a participação da Área Técnica de Saúde Mental para garantir a inclusão de novos medicamentos e atualização anual, com formação de uma comissão permanente que possa aprovar a inclusão de novos medicamentos, tão logo estes sejam comprovadamente mais eficazes que os utilizados, e conforme os avanços tecnológicos e as necessidades dos serviços, com ênfase no protagonismo dos usuários.
110. Ampliar o espectro diagnóstico indicado para uso de medicação especializada em Saúde Mental, incluindo, transtornos do humor, transtornos causados por uso/abuso e dependência de substâncias psicoativas e transtornos específicos da infância e adolescência.
111. Apoiar e fortalecer as iniciativas do Controle Social, do Poder Legislativo e Executivo na mudança do conceito de Farmácia como comércio para Estabelecimento de Saúde.

### **Formação e Recursos Humanos**

112. Garantir o atendimento médico direto para renovação de receitas de medicamentos em saúde mental.
113. Inserção do profissional farmacêutico exclusivo para assistência farmacêutica em saúde mental.
114. Garantir capacitação permanente e ampla divulgação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF – para os profissionais, usuários e gestores nos três níveis de gestão, como estratégia para a ampliação, qualificação e estruturação do acesso.

### **Assistência farmacêutica à população infanto-juvenil**

115. Garantir o acesso aos cuidados em saúde mental à população infanto-juvenil, inclusive com política mais equânime de assistência farmacêutica, para os municípios que não possuam serviços de CAPSi e médico especialista.
116. Estender a assistência farmacêutica em saúde mental para atender ao público infanto-

juvenil, implantando a Relação Municipal de Medicamentos – REMUME.

## **1.5 - Participação social, formulação de políticas e controle social**

### **Princípios e diretrizes gerais**

117. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma que para o processo de Reforma Psiquiátrica em curso no país avançar no sentido da consolidação de uma rede de cuidados psicossociais, é imprescindível garantir o caráter público das políticas implicadas na saúde mental. Além da garantia de que serviços substitutivos sejam exclusivamente de caráter público estatal, deve-se ampliar a participação/envolvimento da sociedade na formulação/ efetivação das políticas de saúde mental, para dessa forma viabilizar a inclusão das pessoas com sofrimento psíquico no convívio social, mercado de trabalho e educação.
118. A IV CNSM-I preocupa-se em assegurar, através de dispositivos legais, a continuidade, inclusive nas mudanças de gestão, dos projetos legitimados pela população, deliberados pelas Conferências de Saúde Mental e aprovados pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. Para tanto, são ressaltadas as conquistas legais que devem ser preservadas e reafirmadas, mas também a necessidade de criação de novos mecanismos de participação popular, que assegurem a transparência, o monitoramento e controle social nos sistemas de atenção à saúde mental. Entre eles, é reiterada a necessidade de garantia do compromisso tripartite, especialmente dos governos federal e estaduais, juntamente com os Conselhos de Saúde, no monitoramento, fiscalização e integração de recursos, para execução dos serviços e ações de Saúde Mental.
119. A questão de financiamento, acompanhada de programas de avaliação e controle, é um dos temas que permeia os debates nesse sub-eixo de formulação de políticas e controle social. As exigências de fiscalização e garantia de total transparência sobre os recursos destinados à saúde mental, após instrumentalização e capacitação dos Conselhos Municipais de Saúde para este fim, são pontuadas em diversas teses.
120. As propostas indicam a progressiva apropriação por parte da população acerca do que se passa com os recursos financeiros e com as práticas dos serviços substitutivos da rede de saúde mental e a IV CNSM-I reivindica cada vez mais espaços de participação cidadã. Entre as propostas que apontam para esta direção aparecem aquelas que querem garantir o controle social conforme a lei 8.142/90, em todos os equipamentos de saúde que utilizam recursos do SUS, assim como a autonomia dos conselhos como órgão co-gestor, democrático



e de participação popular.

121. Nessa linha, identificam-se também propostas que reconhecem, respeitam e fortalecem os movimentos sociais organizados da Luta Antimanicomial como protagonistas da Reforma Psiquiátrica e interlocutores da gestão da política, estabelecendo canais de diálogo sistemáticos entre estes e os gestores federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal. Uma das formas sugeridas para garantir que os Planos de Saúde Mental, a nível municipal, estadual e federal, sejam construídos a partir de debates nos diversos espaços de controle social é a de que os Conselhos de Saúde, ao avaliarem e deliberarem a Política de Saúde Mental aprovem apenas os Planos que apresentem modelos de atenção multiprofissionais, de base territorial, que promovam trabalho em rede e que contemplem, necessariamente, ações de inclusão social.
122. A ampliação da participação da população nas decisões do cotidiano dos serviços e nas instâncias de controle social deve incluir estratégias que incentivam o fomento, a capacitação e qualificação das associações e movimentos de saúde mental, organizados por representação e o incentivo à promoção de reuniões de usuários e familiares, em assembléias participativas nos serviços de saúde mental. As capacitações para o exercício do controle social devem contemplar temáticas de saúde mental e serem feitas em parcerias com universidades. Para tanto seria fundamental a inclusão dos diferentes atores da rede de saúde mental, a sensibilização dos profissionais de saúde para integrarem os conselhos, o convite a outros movimentos sociais e estímulo à organização de todos os atores em associações, conselhos e participação nas conferências.
123. A divulgação dos Direitos dos Usuários e da existência de uma rede substitutiva de atenção à saúde mental é uma forma de contribuir com o processo de conhecimento da comunidade sobre sua responsabilidade, bem como a do poder público, e sua importância na sociabilidade do usuário de saúde mental na sociedade, na diminuição do estigma associado ao transtorno mental. Por isso, algumas deliberações propõem promover campanhas governamentais de sensibilização popular que tratem das temáticas do sofrimento mental e humanização, com objetivo de resgatar a cidadania e promover a inclusão social.
124. Exigir, nas três esferas de governo, que as Políticas de Saúde Mental respeitem as deliberações das respectivas Conferências, realizando-as de quatro em quatro anos, para avaliação e efetivação das propostas anteriores, com publicação e divulgação periódica de seus resultados em diário oficial e outros veículos de comunicação, são outras das formas encontradas para formularem propostas de avanço e garantia de participação social na saúde mental. De forma sintética, as propostas reunidas neste sub-eixo referem a

necessidade de se referendar as recomendações da Declaração de Caracas, a Carta de Brasília e a Carta de Campinas.

A seguir estão elencadas as demais deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial em relação a temática de participação na política pública.

### **Gestão e institucionalidade da participação**

125. Garantir que o Conselho Nacional de Saúde junto com a Comissão Intersetorial de Saúde Mental faça gestão com as Comissões Estaduais e Municipais de Saúde Mental para implementação e monitoramento das deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial com o Ministério da Saúde.
126. Intermediar junto ao Conselho Nacional de Saúde, mais precisamente junto à sua Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM – a recomendação enfática – via Resolução Conselho Nacional de Saúde e através de implementação de Lei federal, estadual e municipal – da criação e financiamento de Comissões paritárias intersetoriais de Saúde Mental em todas as esferas do governo, vinculadas aos conselhos de saúde, com fins de fomentar, planejar e fiscalizar, em parceria com outros órgãos, ações prestadas aos usuários dos serviços de Saúde Mental.
127. Implantar conselhos de gestão participativa, colegiado gestor, colegiado gestor de unidade de saúde, mesa de negociação permanente, contrato de gestão em todos os serviços públicos de saúde e conveniados.
128. Ampliar e divulgar a criação de fóruns de Saúde Mental em todas as regiões do Brasil de forma permanente e mais freqüente, assegurando o direito à participação dos trabalhadores, gestores, operadores do direito, ONGs, instituições, usuários e familiares, para o encaminhamento de suas reivindicações aos órgãos competentes.
129. Possibilitar e divulgar aos usuários, espaços, meios e instrumentos para reclamação, sugestões, críticas e elogios nos serviços do SUS (ouvidoria).
130. Acionar o Ministério Público nos municípios e estados que não cumprem a Lei Federal n.º 10.216 (Lei Paulo Delgado) e a Portaria 336 (CAPS), com relação ao número mínimo de equipamentos de saúde mental em cada município.
131. Garantir assento de associações de profissionais de saúde mental e de associações de usuários e familiares junto aos conselhos de controle social, municipais e estaduais (direito, saúde, educação e outros).

132. Garantir que os gestores das três esferas de governo paguem todas as despesas de transporte, alimentação e de estadia para todos os delegados eleitos para as Conferências Nacionais.

### **Reabilitação psicossocial e participação**

133. Articular a área de Saúde Mental com o movimento de Economia Solidária, a fim de garantir a criação e acompanhamento de cooperativas produtivas para os usuários dos serviços de Saúde Mental.
134. Criar mecanismo de fiscalização e acompanhamento da reabilitação psicossocial dos beneficiários do Programa de Volta pra Casa e de participantes de projetos de Economia Solidária associados à saúde mental.
135. Garantir ações de inclusão digital e computador com internet e disponibilizar o acesso para os usuários e trabalhadores da saúde mental.
136. Garantir a inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico em cumprimento de medida de segurança, na rede de serviços substitutivo em saúde mental.
137. Assegurar e apoiar o financiamento público de ações e práticas que visem à desconstrução do preconceito com relação aos transtornos mentais, garantindo não apenas o tratamento em saúde, mas também em atividades culturais de lazer, projetos de geração de renda que contemplem o resgate produtivo e a reinserção social da população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas, com transtornos mentais e vulnerabilidade social.
138. Contribuir com o reconhecimento tanto por parte da comunidade quanto do poder público, da importância e responsabilidades de cada um no processo de socialização do usuário de saúde mental, facilitando o acesso ao trabalho e renda, bem como às políticas públicas que garantam atenção universal com integralidade e equidade.

### **Intersetorialidade e interdisciplinaridade no controle social**

139. Promover ações de integração dos conselhos vinculados ao campo da infância e adolescência e idosos, a saber: Conselhos Municipais, Estadual e Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente e Idoso e Conselho Estadual Anti Drogas.
140. Reunir os Conselhos de Saúde, de Educação, de Assistência Social e dos Direitos da Criança e do Adolescente para discutir as questões da Saúde Mental.
141. Realizar fóruns e debates anuais em todas as esferas de governo, sobre saúde mental/substâncias psicoativas/violência, envolvendo os poderes legislativo, judiciário, executivo, ministério público, segurança pública e usuários com financiamento dos três níveis de governo.

142. Articular o controle social aos Conselhos Regionais de Medicina e outros conselhos profissionais para que fiscalizem o exercício profissional do médico no cumprimento do novo código de ética, principalmente em relação à omissão do serviço e prescrições ilegíveis.
143. Abolir a proposta do projeto de lei do ato médico.

### **Processos educacionais e divulgação**

144. Implantar programa de educação popular em saúde mental.
145. Implantar no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) do Programa Saúde na Escola (PSE) o trabalho com o tema “saúde mental e violência”.
146. Usar a mídia de modo favorável para difusão do movimento da reforma da assistência em saúde mental, criando mecanismos junto aos meios de comunicação (TVs, rádio, jornais, internet), de órgãos públicos e privados para divulgar maiores informações sobre a doença mental e suas implicações na vida cotidiana, iniciativas e direitos de usuários, familiares e profissionais da rede de saúde mental, através da produção de programas, cartilhas educativas e campanhas publicitárias.
147. Capacitar usuários e familiares, assim como, conselheiros municipais e estaduais de saúde, assistência social, criança e adolescente, dentre outros, para a formulação de políticas, para a temática da saúde mental e a importância e papel do controle social, garantindo financiamento nas três esferas do governo.

## **1.6 - Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental**

### **Princípios e diretrizes gerais**

148. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial indica que o aprofundamento do processo de desinstitucionalização da loucura da Reforma Psiquiátrica brasileira requer a implementação de novos mecanismos de sistematização, monitoramento e avaliação das informações da rede de saúde mental para viabilizar um planejamento adequado das ações nessa área. A participação do controle social no processo de planejamento, monitoramento e avaliação das práticas cotidianas de trabalho e do funcionamento dos serviços de saúde mental, dando visibilidade aos indicadores, de forma a democratizar as informações a todos os agentes sociais da saúde, é a reivindicação central das propostas neste sub-eixo. Para tanto é necessário assegurar que a Saúde Mental seja

prioritária no planejamento das ações de saúde conforme o Pacto pela Saúde. Assim como faz-se necessária a criação, desenvolvimento e implantação de instrumentos e sistemas de informação em saúde mental dinâmicos, com infra-estrutura que contemple a transversalidade, a intersetorialidade e o geo-referenciamento.

149. A qualificação dos mecanismos de planejamento e gestão do trabalho, definindo e pactuando indicadores e metas claras de avaliação, produção e qualidade para a assistência à Saúde Mental, nos seus vários níveis, depende, em boa medida, da qualidade das informações que os setores responsáveis pela execução de Políticas Públicas disponham. Por isso, a necessidade de se fomentar estudos do perfil epidemiológico da demanda em saúde mental é amplamente referida, a fim de que permitam estabelecer indicadores e parâmetros que fundamentem as três esferas de governo nas suas estratégias de planejamento, vigilância, acompanhamento e implementação das ações nos serviços de saúde mental no SUS. Um sistema integrado e informatizado, com acesso via web integrando as redes de atenção (garantindo sigilo de informações de prontuários), é ainda, uma forma de viabilizar uma política de monitoramento e avaliação permanente dos serviços de Saúde Mental que contaria com a participação de todos os atores que fazem o acolhimento dessa demanda.

150. A adequada provisão de meios - como aquisição de computadores e acesso à internet em todas unidades de saúde mental – com disponibilização de recursos midiáticos por parte do Ministério da Saúde é, também, aventada como estratégia de promoção do conhecimento e efetiva divulgação dos direitos dos atores da saúde mental, da Política de Saúde Mental e dos Princípios da Reforma Psiquiátrica. Um completo banco de dados informatizado para avaliação dos indicadores de resultados da saúde mental do país é, além de tudo, uma ferramenta importante para efetivação da intersetorialidade, devendo permitir cruzar dados dos sistemas de informação das Secretarias de Educação, Assistência Social, Secretaria de Justiça, Segurança Pública, Conselho Tutelar e outros, para troca de informações entre serviços.

Também foram deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial as propostas que seguem.

### **Infra-estrutura e materiais de divulgação**

151. Assegurar a provisão, com manutenção permanente, de computadores, impressoras, acesso a internet, telefone para os Serviços de Saúde Mental Municipal e Estadual, em parceria com o DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), que permitam a criação de indicadores e instrumentos dinâmicos de monitoramento da rede

para incluí-los no SISPACTO (aplicativo de pactuação dos indicadores do Pacto pela Saúde), nas três esferas de governo.

152. Contratar um plano de telefonia móvel para as equipes gestoras e programas de acompanhamento domiciliar das unidades de saúde mental.
153. Criar um *site* nacional com informações sobre a rede pública de atenção em saúde mental para fortalecer e garantir ampla divulgação de serviços e eventos dessa área.
154. Criar cartilhas contendo a lei 10.216 e demais leis de saúde mental e a carta do direito dos usuários do SUS para serem distribuídas nos CAPS, atenção básica, demais serviços de saúde e universidades, com linguagem adaptada aos usuários e familiares, respeitando a regionalidade.

### **Sistemas de informação e indicadores epidemiológicos**

155. Organizar uma rede de informações e campanhas pelo Ministério da Saúde relacionadas à saúde mental.
156. Realizar censo epidemiológico de agravos em saúde mental e deficiências intelectuais.
157. Constituir uma Câmara Técnica Intersectorial nas três esferas governamentais composta por profissionais, usuários, familiares, gestores, instituições de ensino e pesquisa, com o objetivo de construir indicadores e instrumentos para um sistema de avaliação bem como de informações para o monitoramento da rede.
158. Criar indicadores para avaliar o trabalho em saúde mental garantindo sua inclusão nos sistemas de informação.
159. Construir e incluir indicadores epidemiológicos de saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS).
160. Criar o SIS/SAÚDE MENTAL, com bases de dados alimentadas e atualizadas rotineiramente, de acesso facilitado para acompanhamento por parte do controle social.
161. Aperfeiçoar a ficha “A” do SIAB e a ficha dos profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família com a inclusão de dados epidemiológicos de saúde mental.
162. Cadastrar os usuários com base no cartão SUS com prontuário eletrônico que possibilite acompanhamento dos planos terapêuticos e medicamentos.
163. Criar e monitorar os indicadores pactuados referente às ações voltadas aos usuários de álcool e outras drogas e saúde mental.
164. Qualificar os mecanismos de registros permitindo avaliação de atividades que são realizadas fora do serviço e que estão relacionadas à atenção à saúde, como o matriciamento e capacitação em saúde mental.
165. Criar mecanismos *online* de acompanhamento da utilização dos recursos financeiros do

município no que refere a Saúde Mental, para monitorar e avaliar os serviços conforme previsto em lei, de forma transparente e simplificada para a comunidade.

### **Auditorias e processos de avaliação**

166. Fortalecer e qualificar, de forma intensificada, a regulação (controle, avaliação e fiscalização) dos hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, das clínicas e instituições de tratamento dos dependentes químicos, públicas e privadas.
167. Garantir a notificação compulsória pelos serviços de saúde mental dos transtornos mentais relacionados ao trabalho.
168. Garantir notificação compulsória de toda e qualquer situação de violência e óbitos de cidadãos com sofrimento psíquico de forma abrangente, destacando-se: hospitais psiquiátricos, sistema prisional, comunidades terapêuticas e outras instituições de tratamentos específicos.
169. Implementar processos avaliativos de efetividade, qualidade de atendimento e grau de satisfação em relação aos serviços de saúde junto a usuários e familiares.
170. Ampliar para toda a rede de Saúde Mental o Programa de Avaliação dos CAPS.
171. Aplicar regularmente os critérios de Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde e Serviços Hospitalares – PNASS/PNASH – como instrumento norteador e de controle da qualidade da assistência e garantir que o relatório seja publicizado nos meios de comunicação e conselhos de saúde.
172. Criar indicadores para avaliação de qualidade e resolutividade dos CAPS.
173. Garantir auditoria e processos de controle e avaliação pelo controle social nos serviços de saúde mental: CAPS, hospitais psiquiátricos, secundários e gerais.

## **1.7 - Políticas sociais e gestão intersetorial**

### **Princípios e diretrizes gerais**

174. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial expressa forte suporte nos princípios da equidade, da inclusão, da integralidade, da solidariedade e da participação ao deliberar as propostas para as políticas sociais e gestão intersetorial.
175. A efetiva gestão intersetorial é um desafio para as políticas sociais e neste sub-eixo predominam propostas referentes ao trabalho, assim como há uma explícita identidade entre o Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a Política Nacional de Direitos Humanos.

176. O conjunto das proposições afirma a necessidade de assegurar a definição e implementação, nas três esferas de governo e do Distrito Federal, de políticas públicas intersetoriais e inclusivas para atendimento aos usuários de saúde mental, às pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, à população de rua e às vítimas de violência, articulando e integrando as ações dos Poderes Públicos e da Sociedade Civil Organizada nos âmbitos da saúde, educação, assistência social, cultura, habitação, trabalho, agricultura, desenvolvimento social, esporte, lazer e turismo. Estas políticas devem garantir a prevenção, promoção e reabilitação psicossocial, pautadas nos princípios constitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), da Política Nacional de Direitos Humanos, Reforma Psiquiátrica e demais Políticas Intersetoriais. Devem ser políticas que estimulem a construção de redes intersetoriais e interdisciplinares para grupos vulneráveis, que respondam às necessidades e respeitem às singularidades das pessoas em sofrimento psíquico, assim como garantam a inserção social através da criação de mecanismos de autogestão.
177. São imprescindíveis para viabilidade e sustentabilidade das propostas a constituição de redes, a garantia de financiamento bem como o estabelecimento de fóruns e dispositivos de cooperação intersetoriais.

Nesta direção também foram aprovadas as seguintes propostas para as políticas sociais e gestão intersetorial:

### **Redes intersetoriais e sociais**

178. Criar Rede Intersetorial em saúde mental com a participação do Poder Público e da Sociedade Civil Organizada para atender as necessidades dos usuários de forma mais ampla, incluindo Secretaria de Saúde, de Educação, Cultura, Turismo e Lazer, Secretaria Desenvolvimento Social, Secretaria da Agricultura, Emprego e Renda, Ministério Público, Câmara de Vereadores, Sindicatos, Associações, Clubes de Mães, Grêmios Estudantis, Cooperativas, etc.
179. Fortalecer as redes sociais para a convivência dos usuários e familiares: clubes de mães, centros de convivências, centro de geração de renda (grupos de produção), entre outros.
180. Integrar e fortalecer os sistemas SUS-SUAS para melhoria do atendimento aos usuários e às famílias acompanhados pela rede de saúde mental, incluindo os CAPS, construindo de forma integrada programas e política direcionados para a realização de atividades comunitárias propostas pelos serviços substitutivos e demais segmentos intersetoriais, notadamente a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República e os



Ministérios da Cultura, Esporte e Lazer, contemplando seus usuários e familiares, territórios e demais espaços disponibilizados diariamente para a sociedade como um todo, incluindo os finais de semana.

### **Financiamento**

181. Garantir o acordado no Pacto pela Saúde para que as fontes de financiamento oriundas da intersectorialidade possibilitem a sustentabilidade financeira, ações e serviços de saúde mental.
182. Garantir políticas públicas intersetoriais e seu financiamento para realização de ações que desenvolvam mecanismos efetivos para a inserção dos cidadãos em sofrimento mental na Educação e no mercado de trabalho, respeitando as suas singularidades.
183. Assegurar que as políticas públicas sejam elaboradas integralmente, prevendo ações e financiamento intersectorial, em especial nos campos da infância e adolescência, no que se refere à violência doméstica, exploração sexual, uso de álcool e outras drogas, moradores e em situação de rua, em cumprimento de medidas sócio-educativas e em situação de risco, seguindo a Política Nacional para cada área.

### **Fóruns**

184. Realizar fóruns, seminários, oficinas regionais e espaços de discussão de ações conjuntas para possibilitar a elaboração de protocolos de fluxos para encaminhamentos intersectoriais, trabalho em rede, fomento à discussão intersectorial nos territórios, a partir do conceito ampliado de saúde e avaliar a efetividade de ações multisetoriais na área de Saúde Mental.

### **Programas e protocolos**

185. Estabelecer protocolo de cooperação no âmbito das três esferas de governo e Distrito Federal (DF) para promover a articulação entre as Políticas Públicas de Estado e de Governo na saúde, educação, cultura, esporte, assistência social e outras para fomentar o diálogo e a intersectorialidade das ações, em conformidade com as diretrizes nacionais de cada política envolvida, com vistas ao planejamento da atuação conjunta nas diversas demandas de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde mental e uso abusivo de álcool e drogas, além de fortalecer as redes e a inclusão e reinserção no mercado de trabalho.
186. Instituir programas de promoção em saúde mental, com foco nas questões de violência, trânsito, saúde, educação, cultura, lazer, esporte, assistência social e para intersectorialidade das políticas de saúde mental, efetivando os princípios da Reforma Psiquiátrica.
187. Criar, financiar e executar políticas intersectoriais para programas de prevenção às drogas

lícitas e ilícitas de forma permanente, através de campanhas educativas (mídia televisiva, falada e escrita, unidades educacionais, clubes e sociedade civil em parceria com instituições que tenham trabalho legitimado nessa área).

### **Trabalho e renda**

188. Articular programas sociais para pessoas com sofrimento psíquico, como “Minha casa, minha vida”, “Pró-jovem”, “Bolsa trabalho” e demais programas de geração de emprego e renda, garantindo a inclusão de usuários com sofrimento mental no mercado de trabalho.
189. Garantir a criação de cooperativas de trabalho para pessoas em situação de rua e usuários do serviço de Saúde Mental, subsidiadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), Ministério da Saúde (MS) e outros órgãos do Governo Federal.
190. Criar mecanismos efetivos que promovam a inserção dos usuários no mercado de trabalho, com definição de recursos do SUS e de parcerias com outras políticas públicas, em especial, as de Economia Solidária, Trabalho e Previdência Social.
191. Criar leis que possam assegurar ao cidadão em sofrimento psíquico condições de trabalho nas funções que estejam aptos, bem como apoiar os trabalhos desenvolvidos.
192. Implementar Política Pública Nacional de fomento ao cooperativismo social, que contemple marco regulatório e jurídico, financiamento com implementação de programas e ações intersetoriais pactuadas nas diferentes esferas de governo e na sociedade civil organizada.
193. Garantir a Economia Solidária como política pública nas três esferas de governo através: do reconhecimento e apoio aos projetos de incubação e trabalho que ocorrem nos equipamentos públicos de saúde mental; da regulamentação da lei de cooperativas sociais; da implantação de ações estratégicas para fomentar as cadeias produtivas solidárias; da capacitação dos empreendimentos economia solidária para todas as etapas do processo produtivo; favorecer, por meio de incentivos, as cadeias produtivas solidárias e, a disputa de mercado de consumo solidário; incentivar ponto de comércio justo e solidário.
194. Garantir ações intersetoriais com vistas a inclusão dos usuários de saúde mental, incluindo usuários dos CAPS infanto-juvenil, em projetos de geração de trabalho e renda, viabilizando vagas para qualificação profissional e inserção no mercado do trabalho, e respeitado o Estatuto da Criança e do Adolescente.

### **Saúde do trabalhador**

195. Firmar/pactuar que as instituições privadas e públicas das três esferas governamentais adotem políticas de prevenção à Saúde Mental do trabalhador e das comunidades onde as

instituições estão inseridas.

196. Garantir a interlocução da Saúde do Trabalhador e Saúde Mental no atendimento e vigilância dos transtornos mentais relacionados ao trabalho.
197. Participar na construção e fiscalização conjunta entre as coordenações de saúde mental nacional, estadual e municipal do protocolo de saúde mental do trabalhador, com intuito de melhorar a atenção à saúde mental do adulto trabalhador, bem como realização de ações articuladas com os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador.
198. Garantir que as redes locais de cuidados em Saúde Mental promovam ações de Atenção à Saúde dos Trabalhadores, construindo a articulação necessária com a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador - RENAST, inclusive para os municípios de pequeno porte.
199. Recomendar a criação de novas Normas Regulamentadoras juntamente com Ministério do Trabalho, Previdência e Saúde, específicas para o trabalhador da Saúde Mental.

### **Educação**

200. Criar agentes multiplicadores acerca da temática de saúde mental, nos setores de educação e assistência social.
201. Garantir políticas que promovam formação em controle e integração social visando à atuação em rede e o fortalecimento do apoio matricial.
202. Estabelecer parceria com a Educação para garantir o acesso e permanência dos usuários de saúde mental na rede pública e privada de ensino regular, com professores qualificados, e criar e ampliar programas que incluam alfabetização e escolarização de adultos, pré-vestibular e capacitação para o trabalho das pessoas em sofrimento mental.
203. Construir políticas intersetoriais para educação em Saúde Mental no ideário da Reforma Psiquiátrica nas comunidades, instituições públicas e privadas.

### **Transporte**

204. Garantir em Lei Federal o direito e os recursos públicos para implantação definitiva do transporte público coletivo gratuito, qualificado, adequado e acessível para pessoas com transtorno mental, pessoas com deficiência e pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas e acompanhantes, dos serviços de saúde mental, de acordo com seu projeto terapêutico.
205. Pactuar o direito a passe-livre nos ônibus municipais que fazem o trajeto da zona rural para a cidade aos usuários CAPS e, em caso de necessidade, com direito a acompanhante identificado na carteira, uma vez que estes necessitam de frequência regular no serviço.

## **Cultura**

206. Disponibilizar recursos para incentivar a cultura local, potencializando as vocações de cada município.

## **Habitação**

207. Estruturar programas habitacionais incluindo, como prioridade, os usuários da rede de saúde mental.

## **Segurança pública**

208. Realizar amplo programa de capacitação e criação dos cargos de psicólogo e assistente social das secretarias de segurança pública, para humanizar o atendimento de usuários da saúde mental, incluindo pessoas com dependência de álcool e outras drogas.

## **Direitos**

209. Promover integração entre as várias entidades, instituições e associações, de forma a criar e por em prática um código de direitos do portador de sofrimento psíquico e criar políticas de esclarecimentos dos direitos dos usuários, com uma divulgação intersetorial mais eficaz.
210. Criar uma relação de proximidade como o INSS para discussão interinstitucional em relação aos direitos previdenciários, especialmente em relação ao afastamento do trabalho, no sentido de garantir aos usuários de saúde mental, bem como a seus familiares, acesso aos direitos e programas de saúde mental.

## **Reconhecimento do conceito de Deficiência**

211. Cobrar das instâncias competentes (Ministério Público, Defensoria Pública, Previdência Social, OAB, Secretarias e Conselhos Profissionais, entre outros) o reconhecimento da mudança conceitual de Deficiência, a partir da Convenção da ONU de 2008, ratificada pelo Brasil.

## **Estratégia Saúde da Família**

212. Fortalecer as ações de saúde mental com a Estratégia Saúde da Família, através da intersectorialidade com Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS).

213. Criar fórum intersetorial anual que promova a discussão dos assuntos relacionados à inclusão e reinserção do cidadão portador de sofrimento mental na Estratégia de Saúde da Família.

### **Gestão da Saúde Mental**

214. Criar um dispositivo de gestão na Coordenação Nacional de Saúde Mental, para garantir um técnico de referência do Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de Saúde Mental para atender as demandas de estados e municípios, visando otimizar a comunicação entre as coordenações estaduais e municipais, serviços de referência e a Coordenação Nacional de Saúde Mental e, por conseguinte, reduzir as distâncias.

## **1.8 - Formação, educação permanente e pesquisa em saúde mental**

### **Princípios e diretrizes gerais**

215. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial indica ações interministeriais principalmente entre as áreas da saúde e da educação. Há nas proposições uma abrangência que inclui os âmbitos da gestão, atenção, educação e controle social, configurando ações articuladas, sinérgicas e concomitantes entre os mesmos. Os princípios da integralidade, da interdisciplinaridade, da inclusão e da autoria são constitutivos das propostas aprovadas, as quais incidem sobre todos os níveis de escolarização, a formação profissional, a produção de conhecimento no cotidiano dos serviços, a cultura e a pesquisa.
216. As proposições afirmam a educação permanente, a necessidade de mudanças curriculares, a diversidade e pluralidade dos conhecimentos e das práticas, bem como a necessidade de compromisso das três esferas de governo e Distrito Federal para viabilização das deliberações.

Foram também deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial as propostas que seguem:

### **Articulação entre Políticas de Saúde Mental e Instituições de Ensino Superior**

217. Promover a articulação das políticas Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde Mental com as Instituições de Ensino Superior (IES), ampliando os compromissos intersectoriais entre os setores da educação e saúde, na promoção de atividades integradas junto aos

usuários, familiares e trabalhadores dos serviços de saúde mental, que incidam nos currículos dos cursos de graduação de todas as profissões da área da saúde e nos cursos de licenciatura, garantindo ações de ensino, pesquisa e extensão, com ênfase nas ações interdisciplinares, com envolvimento dos serviços, gestores e controle social na formulação e execução das ações das IES, no âmbito da saúde mental.

218. Garantir que o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação promovam, junto às instituições de ensino superior, cursos de graduação da área da saúde, educação e assistência social a adequação dos currículos de forma a contemplar os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas e Política Nacional de Humanização, além de garantir que as práticas de estágio sejam desenvolvidas de forma interdisciplinar e transdisciplinar e realizadas em serviços públicos da rede substitutiva.
219. Definir a obrigatoriedade de prestação de serviços na rede pública de saúde, por tempo pré-determinado, regulado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, para profissionais formados na rede pública e privada de ensino superior, ao final da graduação.
220. Criar parcerias com instituições de ensino superior para o desenvolvimento de projetos de pesquisa e metodologias voltadas à Saúde Mental, ampliar a oferta de estágios, residências, etc., no sentido de embasar e fortalecer ações públicas para melhoria da qualidade da atenção, prevenção e tratamento.

### **Educação Permanente**

221. Promover, nas três esferas de governo, a educação permanente em saúde mental para os profissionais de saúde, educação, cultura, arte, esporte, lazer, previdência e assistência social, objetivando a articulação da rede de proteção social e promoção de ações de integração junto à comunidade.
222. Garantir acesso e liberação para acompanhar as atividades de educação permanente de todos os trabalhadores da rede de serviços.
223. Implementar, fortalecer, ampliar e aprimorar, no contexto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.996/2007, a capacitação e educação permanente em Saúde Mental para o conjunto dos trabalhadores da rede de serviços de saúde, da atenção básica em saúde mental, rede de serviços substitutivos, das parcerias intersetoriais, Conselhos de Saúde, familiares e usuários, pautadas nos princípios e diretrizes do SUS, da Política Nacional de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, na perspectiva da humanização, da multi, inter e transdisciplinariedade e no respeito à identidade de gênero, à sexualidade, à escolha religiosa e à diversidade étnica.

Deve privilegiar ainda a utilização de diversas metodologias e estratégias ativas (vivências, discussões de casos, reuniões de equipe, matriciamento, etc) e garantir financiamento específico, nas três esferas de governo, com identificação de rubrica orçamentária para a saúde mental.

224. Desenvolver, nas três esferas do governo, com orçamento tripartite, capacitações, atualizações e ações de educação permanente específicas com espaço de vivência, prática e discussões de casos:

I - Para os diversos serviços da Rede de Saúde:

- a) Capacitação e educação permanente em Saúde Mental para profissionais da Atenção Primária (Centros de Saúde, ESF, NASF, PACS), com ênfase especial à questão do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes;
- b) Capacitação e educação permanente de pediatras e demais profissionais da saúde que lidam com infância e adolescência da rede em saúde mental e Reforma Psiquiátrica, para o diagnóstico e intervenção precoce;
- c) Capacitação e educação permanente para atenção ao usuário de álcool e outras drogas, na perspectiva da Política de Redução de Danos, para toda a rede de atenção em saúde;
- d) Capacitação e educação permanente para toda a rede de assistência em Saúde Mental;
- e) Capacitação e educação permanente sobre sofrimento psíquico na infância e juventude;
- f) Criar disciplina obrigatória de Psiquiatria Social nos Programas de Residência Médica;
- g) Capacitação e educação permanente para atenção em saúde mental ao idoso e à pessoa com deficiência;
- h) Capacitação e educação permanente para o controle social;
- i) Capacitação em saúde mental para a área de Urgências, Emergências e SAMU 192.

II – Para o âmbito intersetorial:

- a) Criação de fóruns de discussão dos trabalhos realizados em co-responsabilidade entre os diversos setores envolvidos na atenção à saúde mental (educação, lazer, assistência social, centros de defesa dos direitos e outros);
- b) Campanhas oficinas e outras ações de formações para: os diversos equipamentos que compõem as diferentes secretarias convocadas para a atenção à saúde mental.
- c) Promover a capacitação em Saúde Mental para a formação de agentes

multiplicadores nas áreas da Educação, Justiça, Assistência Social, Guarda Municipal, Segurança Pública e ONGs.

d) Firmar parceria com as polícias militar e civil, guarda municipal visando à educação permanente para a atenção ao usuário em crise, caso o município não tenha corpo de bombeiros e SAMU 192.

III- Formação permanente para associação de usuários e familiares.

225. Garantir, no contexto da Educação Permanente em Saúde Mental, a implementação da Supervisão Clínico-Institucional em todos os serviços de saúde mental, para apoiar a discussão e implantação dos projetos terapêuticos, as dinâmicas institucionais e fortalecer a rede de cuidados, com contratação de profissionais comprometidos e formados de acordo com os princípios da Política Pública de Saúde Mental e Intersetorial, conforme Portaria GM nº 1.174/ 2005.

226. Capacitação e educação permanente de gestores e servidores para elaboração de Projetos de Pesquisa e ampliação das parcerias entre os serviços de Saúde Mental e as Instituições de Pesquisa e de Apoio à Pesquisa.

### **Residências**

227. Implantar, ampliar e qualificar os programas de residência multiprofissional e uniprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva, com inclusão de profissões de outras áreas que não a saúde, inserir o núcleo da medicina nos programas multiprofissionais e garantir que a formação seja realizada em serviços públicos da rede substitutiva e na lógica transdisciplinar, extinguindo os hospitais psiquiátricos como cenário de prática dos programas de residência.

228. Regulamentar a função de tutor ou preceptor da rede de saúde mental, garantindo a titulação e a remuneração específicas.

### **Especificidades**

229. Incluir as temáticas sobre gênero, sexualidade, diversidade sexual e etnia, sofrimento psíquico e uso abusivo de álcool e outras drogas, pessoas com deficiência e estado laico nos conteúdos de capacitação e formação dos profissionais de saúde mental.

230. Capacitar os profissionais dos serviços de saúde mental para aprimorar sua capacidade diagnóstica em estabelecer onexo de causalidade do transtorno mental com o trabalho e consequente notificação no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) através de participação nas Oficinas, Capacitações e Fóruns de Saúde Mental e criação de



protocolos específicos.

231. Realizar levantamento situacional a fim de obter o diagnóstico com base no número de internações em hospital psiquiátrico ao ano, número de usuários com acompanhamento psiquiátrico e psicológico, número de pessoas com dependência de álcool e drogas, número de pessoas com transtorno mental grave, moderado, leve, além de capacitação dos profissionais das diversas secretarias, a fim de subsidiar o planejamento da atenção à Saúde Mental.

### **Rede Básica**

232. Criar programas específicos para a formação e capacitação em Saúde Mental de profissionais da rede básica de atenção (médicos clínicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), de forma a compensar as dificuldades dos municípios de pequeno e médio porte para a contratação de profissionais especialistas em saúde mental, tendo em vista frear o amplo movimento de medicalização social em curso.
233. Incentivar e organizar fóruns de discussão regulares em saúde mental na Atenção Básica e rede CAPS.
234. Oferecer formação para os profissionais do SUS que assegurem práticas no território da Estratégia Saúde da Família, tais como massoterapia, terapia comunitária e o Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, de modo a assegurar estas práticas como instrumento de promoção à saúde.
235. Ampliar e consolidar a Terapia Comunitária como estratégia de promoção e cuidado em saúde mental na Atenção Básica, capacitando os profissionais da Estratégia Saúde da Família em conjunto com os profissionais da Saúde Mental, Assistência Social, Educação, Conselho Tutelar e comunidade.
236. Expandir a estratégia do Tele-Saúde/MS para abordar temas relacionados à saúde mental/ álcool e outras drogas.

### **Produção de informação e pesquisa**

237. Garantir pelo fomento direto a projetos de pesquisa ou pela ampliação da oferta de cursos de pós-graduação sensus lato e estrito, a expansão da pesquisa em saúde mental coletiva, contemplando todas as etapas do ciclo de vida, os determinantes sociais em saúde, indicadores de avaliação dos serviços e de efetividade terapêutica, sempre respeitados os preceitos da ética em pesquisa.
238. Assegurar que as linhas de pesquisa financiadas pelas agências de fomento relacionadas à saúde mental sejam submetidas ao controle social, ao Ministério da Saúde e sejam coerentes

com as Políticas de Saúde Mental do SUS.

239. Criar um Banco de Dados de Pesquisas em Saúde Mental, no sentido de publicizar o conhecimento produzido pelas Instituições de Ensino Superior – IES, práticas populares integrativas em saúde e outros segmentos que produzem pesquisa neste campo, e assim garantir o acesso de todos os cidadãos, interessados em subsidiar a Política Pública em saúde mental.
240. Desenvolver e divulgar estudos e pesquisas acerca da saúde mental da população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), e os impactos das violências em detrimento das opressões das orientações sexuais e identidades de gênero diversas dos padrões/referências historicamente impostas.
241. Constituir comunidades ampliadas de pesquisa no âmbito da rede de saúde mental, envolvendo trabalhadores, gestores e a população.
242. Criar um Banco de Dados de profissionais especializados, que atuem na área de saúde mental, fornecendo-lhes um cadastro, a fim de que este mecanismo possa ser manuseado pelos gestores estaduais e municipais, e a partir do mapeamento permitido por este dispositivo possam ser fomentados cursos, palestras, oficinas, trocas de experiência entre estes profissionais, usuários e familiares de saúde mental.
243. Fomento federal e estadual à pesquisa e formação em Saúde Mental nas Universidades e instituições formadoras através de políticas que contemplem cursos de extensão, graduações, pós-graduações e pesquisas na área de Saúde Mental, redução de danos, álcool e outras drogas, infância e adolescência, considerando os desafios dos municípios isolados geograficamente dos grandes centros urbanos, dos municípios fronteiriços e com populações tradicionais, quilombolas, pomeranos e indígenas, visando a divulgação e reprodução de experiências exitosas.
244. Criação de Fundo Orçamentário específico para o desenvolvimento de pesquisas e atividades de extensão em saúde mental.
245. Criação e/ou ampliação pelos Ministérios da Saúde, Educação, Esporte, Cultura e Lazer, Trabalho, Ciência e Tecnologia de editais que incentivem o desenvolvimento de atividades científicas e/ou artísticas sobre novos conhecimentos em saúde mental, através de concessão de bolsas de pesquisa.

#### **Diretrizes curriculares e normas**

246. Implementar as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), conforme diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente (PNEP, Portaria 1996/07).
247. Ampliar e encaminhar capacitações para profissionais que componham prioritariamente o

quadro efetivo de funcionários da saúde mental.

248. Inserir na grade curricular dos cursos voltados para a área da saúde e Escolas Técnicas do SUS, a disciplina de saúde mental, na perspectiva da atenção psicossocial.
249. Propor que o Ministério da Educação e as Secretarias de Educação promovam a introdução de assuntos relacionados à saúde mental, álcool e outras drogas e cidadania, na grade curricular no ensino fundamental, médio e superior, pensando em uma melhor forma de inclusão dos portadores de transtornos mentais e usuários de drogas na rede de ensino e minimizando preconceitos relacionados a estes temas.

### **Fóruns, parcerias, controle social**

250. Garantir a realização de encontros dos trabalhadores, usuários e familiares para a troca de experiência e criação de fórum permanente para profissionais da saúde mental.
251. Garantir que os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde realizem reuniões semestrais abertas, para avaliação da execução das propostas dos relatórios finais das respectivas Conferências.
252. Implementar parcerias através do Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, aperfeiçoando a formação de profissionais na assistência a saúde mental a nível de Rede de Saúde e os segmentos intersetoriais, incluindo nestes os gestores, sendo realizada no mínimo duas capacitações anuais.
253. Qualificar profissionais para desenvolverem o acompanhamento educacional dos portadores de transtorno mental, com parceria da secretaria da educação integrado ao ensino regular.

## **1.9 - Reforma psiquiátrica, Reforma sanitária e o SUS**

### **Princípios e diretrizes gerais**

254. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma os princípios e as conquistas do SUS e da Reforma Psiquiátrica: um Sistema Único de Saúde público e universal com fortalecimento do controle social e com atenção integral de responsabilidade das três esferas de governo; uma Reforma Psiquiátrica que produz desinstitucionalização, inclusão social e uma rede assistencial de atenção psicossocial que supera e substitui os hospitais psiquiátricos; reformas centradas nos usuários entendidos como sujeitos de direitos e de desejos, cidadãos singulares, que protagonizam seus modos de fazer andar a vida.

255. A reafirmação do SUS e da Reforma Psiquiátrica implica o repúdio a algumas práticas de gestão e de atenção, tais como as privatizações e funcionamento de hospitais psiquiátricos descredenciados pelo PNASH (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares).

256. As propostas assinalam a indissociabilidade entre saúde e saúde mental, assim como reconhecem especificidades de cada campo e as determinações sociais de ambas.

São outras deliberações deste sub-eixo:

### **Saúde Mental como área estratégica da Saúde**

257. Implementar a saúde mental como área estratégica na gestão da saúde, de acordo com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

258. Viabilizar a realização e/ou fortalecimento de ações previstas no “Pacto em Defesa do SUS-2006”, quais sejam: estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS, e ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania.

259. Garantir que os Planos de Saúde Mental sigam os marcos legais da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial.

260. Consolidar instâncias de formulação, pactuação e articulação da reforma, tais como colegiado estadual, comissões de saúde mental nos conselhos de saúde, garantindo que os mesmos contemplem as propostas aprovadas na Conferência de Saúde Mental como princípios para estruturação dos planejamentos de saúde.

261. Fortalecer os espaços de controle social, conselhos municipais e estaduais, conselhos gestores, ministério público estadual e federal e outros, de modo que possam fiscalizar a reestruturação dos serviços de saúde mental, através de ações sistemáticas e permanentes, respeitando as diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

262. Efetivar as experiências de co-gestão com movimentos sociais nos termos da Lei 8.142.

263. Assegurar que a saúde mental seja inserida de forma integral e universal, em todas as esferas de saúde, para que os usuários tenham participação em todos os níveis de atenção à saúde.

264. Garantir a análise e reflexão nas esferas de gestão, através do controle social, para avaliar a congruência entre proposições das Conferências de Saúde e as de Saúde Mental, identificando as semelhanças e as diferenças como referência para a criação de sistemas de ampliação e monitoramento e para o planejamento das respectivas ações, com vistas à integração do debate nas Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

## **Garantia dos avanços das Reformas Sanitária e Psiquiátrica**

265. Garantir as conquistas obtidas com a Reforma Psiquiátrica, em especial a desinstitucionalização e a inclusão social e a sustentabilidade e/ou reafirmação do modelo assistencial da atenção psicossocial, em conformidade com a legislação vigente, independentemente de quaisquer mudanças que ocorram no Executivo.
266. Fazer cumprir a Lei 10.216/2001, além de não admitir a revisão e nem o retrocesso das conquistas alcançadas a partir de sua aprovação, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, assegurando os seus direitos de cidadania, em especial, o acesso ao tratamento na rede substitutiva.
267. Exigir que cada esfera de governo assuma sua responsabilidade pela reestruturação da assistência em saúde mental.
268. Manter a decisão do Ministério da Saúde de não remunerar Comunidades Terapêuticas, ECT (eletroconvulsoterapia), psicocirurgia e qualquer outra intervenção invasiva.
269. Garantir o cumprimento da portaria que regulamenta a criação de 10% de leitos de atenção integral em saúde mental em Hospitais Gerais.
270. Criar leitos clínicos para desintoxicação e ampliar os leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais.
271. Garantir o tratamento das pessoas com transtornos mentais que cometem delitos, em cumprimento às diretrizes do SUS e à Lei 10.216/2001, visando o fim do manicômio judiciário.
272. Promover junto aos prestadores de serviço do SUS, formação e capacitação, para assegurar na íntegra, a adequação às normativas estabelecidas nas leis e diretrizes da Saúde Mental e nas Conferências.

## **Hospitais psiquiátricos**

273. Não admitir funcionamento de hospitais descredenciados pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH.
274. Intensificar a política de saúde mental no país, promovendo, em parceria com estados e municípios, o fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos, na medida da implantação dos serviços substitutivos, garantindo também a assistência à família, para viabilizar a realocação dos recursos financeiros e humanos para a rede de atenção psicossocial substitutiva.
275. Não abrir novos hospitais psiquiátricos públicos ou privados, nem ampliar leitos nos já

existentes.

276. Extinguir a utilização dos leitos conveniados em hospitais e clínicas psiquiátricas, com a total responsabilização do Estado na gestão e financiamento da assistência em Saúde Mental.

### **Privatização/terceirização da atenção**

277. Não admitir a privatização dos serviços de Saúde Mental, coibindo e rejeitando todas as formas de terceirização de serviços e programas de saúde mental.
278. Combater as formas de administração dos serviços públicos de saúde e de contratação de pessoal por OS (Organização Social), OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público), ONG (Organização Não - Governamental), Cooperativa ou qualquer outra de natureza privada, considerando as conquistas históricas do Movimento Sanitário, a Constituição Federal e as deliberações das instâncias democráticas de controle social do SUS.
279. Combater a privatização decorrente do modelo neoliberal dos direitos fundamentais, dentre estes a saúde, nas diversas formas nas quais esta privatização se apresenta: fundações estatais de direito privado, clientelismo com a indústria farmacêutica, parcerias mistas, primando pela contratação efetiva de profissionais, considerando as conquistas históricas do movimento da Reforma Sanitária, a constituição federal de 1988 e as deliberações das instâncias democráticas de controle social do SUS.

### **Critérios populacionais para abertura e credenciamento de serviços**

280. Reformular o critério populacional e propiciar a consideração do critério epidemiológico para a implementação de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi, e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF I e II) havendo revisão das portarias 336 e 154, com o objetivo de ampliar o número destes serviços.
281. Expandir a rede de atenção psicossocial ampliada (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi, ambulatórios e leitos de atenção integral, Residências Terapêuticas, Leitos em Hospital Geral, Centros de Convivência, Casas de Passagem e demais dispositivos que visem a superação definitiva do modelo manicomial), bem como garantir, por portaria, a criação de ambulatórios ampliados em municípios com população inferior a 20.000 habitantes, respeitando os princípios do SUS e portarias ministeriais vigentes.
282. Expandir a rede de atenção psicossocial ampliada, garantindo a implantação de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi, inclusive com hospitalidade noturna, Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos em Hospital Geral, centros de cultura, convivência e cooperativas, rede de atenção básica com equipes de Saúde Mental, ESF e NASF, visando a

superação definitiva do modelo manicomial, bem como rever os critérios populacionais para a implantação dessa rede em municípios com população inferior a 20.000 habitantes, como soluções locais e ou regionais, respeitando os princípios do SUS e efetivo controle social.

### **Intersetorialidade**

283. Garantir o acesso dos usuários de saúde mental aos serviços de saúde e em outros serviços e programas intersetoriais, visando à universalidade e a integralidade no atendimento.
284. Construir uma matriz intersetorial de serviços de abrangência federal, estadual e municipal, com objetivo de cruzar os dados do SUS, SUAS, e outros programas, projetos, organizações não governamentais, movimentos sociais e instituições de ensino e pesquisa que desenvolvam ações comunitárias. Este mecanismo deve prever o trabalho integrado e interdisciplinar e principalmente, subsidiar as ações das coordenações de saúde mental.
285. Organizar e incentivar o trabalho em rede intersetorial por reuniões mensais entre representantes da Saúde Mental, Rede Básica de Saúde, Setor Hospitalar, Educação, Habitação, Assistência Pública, Segurança e Judiciário, em âmbito municipal, estadual e federal.

### **Estratégias, ações e programas**

286. Estruturação do Programa Nacional de Construção e Intervenção em Parentalidade com equipe interdisciplinar, incluindo psicólogo, assistente social, ginecologista, pediatra, enfermeiro e demais profissionais envolvidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para abordagem de homens e mulheres na construção da parentalidade e no desenvolvimento de intervenções junto às relações pais-bebê, que apresentem dificuldades afetivas.
287. Articular a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional de Humanização (PNH), nos serviços ambulatoriais e hospitalares de Saúde Mental (profissionais, trabalhadores, usuários e familiares) através da inserção dos seus dispositivos na rede básica de saúde mental, fortalecendo os princípios da Reforma Psiquiátrica e a valorização do trabalhador de saúde.
288. Implementar a estratégia “Consultório de Rua”, legitimando e potencializando o Programa de Redução de Danos nos serviços substitutivos da rede de Saúde Mental, como estratégia de cuidado, uma vez que este está de acordo com a proposta da Reforma Psiquiátrica.
289. Desenvolver projetos de prevenção de drogadição e uso abusivo de álcool e programa de

- acompanhamento ao usuário atendido no CAPSad na promoção da geração de renda, sociabilidade e acesso a serviços públicos diversos.
290. Formular políticas em saúde mental voltadas à atenção integral de pessoas em situação de violência doméstica e sexual e familiares com a garantia de recursos inseridos na LOA (Lei Orçamentária Anual) e PPA (Plano Plurianual).
291. Garantir, em cada nível de gestão, as despesas de deslocamentos inerentes aos processos de Tratamento Fora do Domicílio (usuários e acompanhantes), inclusive nos casos de necessidade de tratamento dos usuários de álcool e outras drogas.
292. Diminuir a exigência para a implantação dos NASF II de três ESF para apenas duas equipes, possibilitando a implantação deste dispositivo em municípios de baixa densidade demográfica.
293. Garantir que o setor executivo efetive em seu orçamento, de forma prioritária, o número mínimo de equipes para os Centros de Atenção Psicossocial e que os referidos serviços não ultrapassem o número de pacientes atendidos determinados pelas portarias 336 e 154, sendo tais ações garantidas pelos órgãos de controle social.
294. Revisar e reavaliar, por uma comissão federal composta por gestores, trabalhadores, usuários e familiares dos CAPS, os critérios de equipe mínima e o número de pacientes atendidos pelos Centros de Atenção Psicossocial.
295. Ampliar as equipes mínimas das UBS e CAPS, a fim de garantir melhor qualidade nos serviços prestados à população.

### **Centros de Convivência**

296. Instituir uma portaria ministerial que normatize as diretrizes gerais para a criação dos Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS, garantindo o financiamento pelo Governo Federal.
297. Estabelecer Portaria Ministerial que normatize e regulamente os Centros de Convivência e Cooperativas como serviços da rede substitutiva de Saúde Mental, com garantia de financiamento nas três esferas governamentais – federal, estadual e municipal.
298. Instituir uma portaria interministerial que normatize as diretrizes gerais e parcerias intersetoriais para criação de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção à Saúde Mental, com financiamento garantido pelo governo federal.



## **Eixo I I**

**Consolidar a Rede de Atenção  
Psicossocial e Fortalecer os  
Movimentos Sociais**

## 2.1 - Cotidiano dos serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado

### Princípios e diretrizes gerais

299. O processo de superação do modelo asilar e de efetivação da reforma psiquiátrica requer a promoção de relações entre trabalhadores, usuários e familiares pautadas no acolhimento e no vínculo, no sentido de evitar que se reproduza, dentro dos serviços substitutivos, a lógica do manicômio.
300. Para tanto, é necessário adotar um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o “protagonismo social”, no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação. Dessa forma, exige, também, garantir e promover a inserção e a participação das famílias na construção dos projetos terapêuticos dos usuários da rede de saúde mental.
301. Com essa perspectiva, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial (IV CNSM-I) ratifica a necessidade de criação de políticas intersetoriais e de potencialização de ações que garantam: o atendimento, a capacitação, a informação, o suporte às famílias e aos cuidadores dos usuários, envolvendo todos os atores no processo terapêutico; e o acolhimento na rede de serviços de saúde mental e nos diferentes serviços que compõem a rede - por exemplo, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Centro de Referência da Assistência Social, Atenção Primária, Educação, - compartilhando e multiplicando o cuidado em saúde mental, fortalecendo a co-responsabilidade, o compromisso com o tratamento, e resgatando o protagonismo de todos os atores.
302. De modo especial, essas diretrizes implicam garantir, por um lado, a democratização da gestão do processo de trabalho em saúde mental com a participação dos trabalhadores, usuários e familiares; e, por outro, a criação de espaços regulares de encontro entre esses atores, estimulando a realização de assembleias, buscando a participação contínua de todos nos espaços coletivos de discussão, com o objetivo de avaliar e planejar as ações dos serviços.
303. Nessa perspectiva, se faz necessário intensificar a discussão e consolidação da Política Nacional de Humanização, em todas as unidades da rede de serviços de saúde mental, e do cuidado e atenção à saúde mental dos trabalhadores do SUS.

304. Em paralelo, essas diretrizes exigem, também, fortalecer e promover a integração entre os CAPS e os demais serviços que compõem a rede de saúde e de saúde mental dos municípios, além de outros setores da vida cidadã, objetivando a integralidade e a continuidade do cuidado, evitando o “encapsulamento” dos serviços substitutivos, e promovendo a qualidade de vida.
305. Por fim, a consolidação do processo de reforma psiquiátrica torna imprescindível o fortalecimento dos movimentos sociais, das associações de familiares e usuários nos serviços de saúde mental, em serviços da rede e na comunidade, instituindo movimentos para que o usuário possa ter garantido seus direitos de cidadão, de forma a superar preconceitos e ser protagonista de seu próprio tratamento. Além disso, requer que esses movimentos possam estabelecer interlocução com as políticas públicas, utilizando espaços de participação dos usuários - assembleias, conselhos de saúde, associação de usuários e familiares, seminários, conferências - e garantindo a responsabilidade social para com as pessoas com sofrimento psíquico.

Além destes princípios e diretrizes gerais, foram também deliberadas propostas para os temas: cotidiano dos serviços e fortalecimento do protagonismo dos atores; ações de atenção aos trabalhadores; incremento de ações intra e intersetoriais; e suportes específicos às ações de cuidado. As propostas foram as seguintes:

#### **Cotidiano dos serviços e fortalecimento do protagonismo dos atores**

306. Garantir a democratização da gestão do processo de trabalho em saúde mental, com a participação dos trabalhadores, usuários e familiares, através de eleições diretas para todos os cargos diretivos.
307. Identificar e valorizar o saber popular em nível regional e local com o objetivo de agregar conhecimentos no tratamento em saúde mental.
308. Realizar eventos, palestras, oficinas e encontros para a comunidade e famílias, visando o esclarecimento e a orientação sobre transtornos mentais, formas de tratamento e “quebra” de preconceito.
309. Criar programas de incentivo a projetos e iniciativas que privilegiem o trabalho com a família, no sentido de estimular o trabalho focado no fortalecimento do vínculo doméstico que permeia a relação entre a pessoa com sofrimento psíquico e os outros membros da família.

310. Garantir e promover a inserção e a participação das famílias na construção dos projetos terapêuticos dos usuários da rede de saúde mental, quando em tratamento, ao mesmo tempo em que se preserve a autonomia dos sujeitos, desenvolvendo estratégias para incluí-los nos serviços, tais como: oficinas, assembléias, plenárias, ações educativas e preventivas, rodas de conversas e reuniões.
311. Promover a participação de usuários como facilitadores de cursos e oficinas que tenham por objetivo favorecer a visão sobre as pessoas com sofrimento psíquico, sua auto-estima e desempenho ocupacional.
312. Aprofundar as discussões de casos clínicos, considerando o sujeito de forma integral, e buscando promover maior interdisciplinaridade, ou seja, integração entre o conjunto de diversos saberes profissionais.
313. Garantir a participação do médico em outras atividades terapêuticas, além da consulta individual, nos serviços de saúde mental.

#### **Ações de atenção aos trabalhadores**

314. Criar políticas e buscar estratégias de atenção integral à saúde dos trabalhadores da rede de saúde mental, garantindo o cuidado dos mesmos.
315. Criar políticas de incentivo ao trabalhador: treinamento em serviço; gratificação especial para atividades no âmbito da saúde mental; supervisão; interface com outros serviços para assistência terapêutica voltada às necessidades físicas e psicológicas do trabalhador; criação de um programa de incentivo ao lazer, cultura e esporte; e aposentadoria especial (após 25 anos de trabalho) para os trabalhadores de saúde mental.

#### **Incremento de ações intra e intersetoriais**

316. Fortalecer, na atenção básica, o acolhimento às demandas de cuidadores e familiares, através de oficinas (terapêuticas e profissionalizantes) e demais ações educativas.
317. Garantir, prioritariamente, o atendimento às pessoas com sofrimento psíquico, acometidas de outros problemas de saúde, em todo e qualquer serviço de saúde, investindo ativamente contra o estigma e a discriminação.
318. Garantir, por meio de capacitação, a efetivação do atendimento à infância, aos idosos e aos usuários de álcool e outras drogas em todos os serviços de saúde mental.
319. Fortalecer e promover uma melhor integração entre os CAPS e os demais serviços que compõem a rede de saúde e de saúde mental dos municípios - atenção básica, equipes de

saúde da família, Hospital Geral, ambulatórios -, além de outros setores da vida cidadã, por exemplo, educação, justiça, previdência, habitação, etc., objetivando a integralidade e a continuidade do cuidado, evitando o “encapsulamento” dos serviços substitutivos, e promovendo a qualidade de vida a fim de intensificar e qualificar os processos de referência e contra referência, na lógica da co-responsabilização; manter organizados os fluxos de acolhimento, encaminhamento, bem como no atendimento nos momentos de crise, desburocratizando e democratizando as relações com os usuários e familiares que utilizam o serviço, a fim de garantir o cuidado integral aos usuários, com diálogo, vínculo e respeito no processo terapêutico.

320. Criar oportunidades para a realização de cuidado integral, por equipes capacitadas no cotidiano dos serviços da rede intersetorial, para atender, também, usuários de drogas, profissionais do sexo, pessoas em situação de rua e outros cidadãos marginalizados, observando as propostas oriundas da reforma psiquiátrica, evitando práticas manicomiais nos serviços, e incluindo o usuário no projeto terapêutico.
321. Efetivar a utilização da rede de apoio de saúde, de assistência social, e de proteção, entre outras existentes nos municípios, de modo que o usuário e sua família recebam o apoio necessário, de forma integral, favorecendo a não utilização de medicação desnecessária.

### **Suportes específicos às ações de cuidado**

322. Assegurar o princípio da privacidade dos usuários no uso de salas apropriadas, com isolamento acústico nos CAPS.
323. Desenvolver atividades para conscientização dos profissionais sobre os efeitos dos medicamentos e adesão terapêutica em saúde mental.
324. Exigir que o Ministério da Saúde elabore protocolos clínicos para atendimento da pessoa com sofrimento psíquico nas unidades de atendimento.

## **2.2 - Práticas clínicas no território**

### **Princípios e diretrizes gerais**

325. O aprofundamento do processo de reforma psiquiátrica implica fomentar o aporte financeiro, com metas definidas, nas três esferas de governo, para o aprimoramento da rede de saúde mental, em especial nas práticas clínicas no território.
326. Nessa perspectiva, a IV CNSM-I enfatiza a necessidade de garantir a implementação

de políticas públicas intersetoriais visando à cultura, lazer, educação, esportes e geração de renda que garantam a integração dos serviços públicos com as organizações comunitárias de seus territórios, aproveitando e fortalecendo os espaços públicos existentes, e apoiando a criação de novos espaços, como centros culturais e esportivos, centros de convivência e cooperativas, praças, parques e ginásios, entre outros.

327. Dessa forma, é imprescindível fortalecer as ações de promoção, proteção e cuidado em saúde mental na atenção primária, através de dispositivos intersetoriais que reforcem a territorialização dos equipamentos sociais, culturais, e de práticas populares de saúde e cuidado. Ao mesmo tempo, é necessário criar dispositivos de co-responsabilização a serem utilizados como mecanismos de interlocução e integração entre os diversos segmentos da saúde com a comunidade e outros envolvidos no cuidado em saúde mental na lógica antimanicomial.
328. Trata-se, ainda, de: promover e estimular o trabalho em rede com equipes multiprofissionais e atuação transdisciplinar; ampliar o apoio matricial; potencializar a missão dos CAPS no território; e de fortalecer as ações e o cuidado no território, através de espaços, estratégias, e dispositivos diversos, valorizando as potencialidades dos usuários e considerando a cultura local, para viabilizar o acompanhamento dos usuários de forma itinerante.
329. Em paralelo é fundamental fomentar a implementação da Política Nacional de Humanização - diretrizes e dispositivos - na saúde mental e atenção básica, e implantar o acolhimento como diretriz nos serviços de saúde, destacando a atenção às questões de saúde mental, e garantindo porta aberta para entrada nos serviços em saúde mental.
330. De modo especial, essas diretrizes implicam qualificar os espaços de atenção em saúde mental com o desenvolvimento de educação permanente dos profissionais de saúde, promovendo o diálogo entre o saber acadêmico e o saber popular.

A seguir estão elencadas as demais deliberações da IV CNSM-I em relação a este sub-eixo:

#### **Trabalho em rede e no território**

331. Implantar e implementar tecnologia de matriciamento da atenção básica em saúde mental na rede de saúde e demais dispositivos intersetoriais.
332. Ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios, garantindo o apoio matricial realizado por equipe/profissionais de saúde mental.
333. Fortalecer e ampliar o apoio matricial realizado pelos profissionais de saúde mental para

- o acompanhamento das demandas de saúde mental junto aos serviços de saúde respondendo às necessidades de saúde mental dos usuários e trabalhadores de saúde, envolvendo a comunidade e os conselhos de saúde.
334. Garantir o financiamento para a formação de Terapia Comunitária nos municípios que desejem implantá-la e fortalecer naqueles que já estão em desenvolvimento, como importante estratégia de cuidado no território.
335. Criar estratégias para modificar o uso contínuo e indiscriminado de medicamentos, fortalecendo os espaços de escuta e expressão no território, utilizando terapia comunitária, rodas de conversa, oficinas terapêuticas, grupos de dança, arte-terapia, trabalho direcionado à valorização das potencialidades dos usuários no esporte, artesanatos, artes (plásticas, musical, cênicas).
336. Implementar e ampliar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) na rede de serviços de saúde e saúde mental de forma integrada no território, tais como, a homeopatia, a acupuntura, a fitoterapia, as práticas psico-corporais, dentre outras.
337. Incentivar, fortalecer e ampliar o financiamento de ações no território como o Acompanhamento Terapêutico, as ações/estratégias de redução de danos e atenção domiciliar, considerando a cultura local, para viabilizar o acompanhamento do usuário de forma itinerante, atendendo às suas particularidades e necessidades específicas.
338. Apoiar o trabalho com oficinas terapêuticas na atenção em saúde mental, visando à promoção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde dos usuários.
339. Potencializar a missão dos CAPS no território, ampliando a cobertura e as ações itinerantes, intensificando abordagens especializadas, tanto no município-sede, quanto nos distritos e povoados.
340. Garantir a realização e participação em atividades extra-CAPS - passeios, atividades culturais, atividades esportivas, etc. - como forma de estimular a reinserção social dos usuários.
341. Garantir atendimento integral pautado nas necessidades físicas, psíquicas e sociais, integrando atenção básica, a média e a alta complexidade e a rede de saúde mental de forma a garantir que os usuários sejam atendidos em consultas especializadas, nas diversas áreas, respeitando a sua região de abrangência.
342. Adotar o conceito de co-responsabilização do atendimento para os egressos de internações psiquiátricas.
343. Garantir, acompanhar e monitorar as ações de saúde bucal dos usuários em saúde mental.

344. Fortalecer a articulação entre SUS e SUAS, através do apoio matricial, como estratégia de integração entre as equipes de saúde mental e casas de acolhimento visando o fortalecimento do cuidado em rede.

### **Educação permanente e avaliação da rede**

345. Ampliar para toda a rede de saúde mental o Programa de Avaliação dos CAPS.

346. Qualificar os profissionais da rede de saúde mental para o atendimento integral às pessoas com transtorno do espectro autístico.

## **2.3 - Centros de atenção psicossocial como dispositivo estratégico da reforma psiquiátrica**

### **Princípios e diretrizes gerais**

347. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial (CNSM-I) reafirma o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS - como dispositivo fundamental do modelo de atenção psicossocial substitutivo ao hospital psiquiátrico, ressaltando sua função estratégica de articulador da rede de serviços, e a necessidade de potencializar parcerias intersetoriais e de intensificar a comunicação entre os CAPS, a rede de saúde mental e a rede geral de saúde, contemplando as dimensões intra e intersetoriais.

348. Com essa perspectiva, a consolidação do processo de reforma psiquiátrica exige acelerar a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico - CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad -, adequando-os às necessidades reais de cada município, de forma a elevar a cobertura assistencial em todos os Estados conforme a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001.

349. Os CAPS, serviços na comunidade, devem operar com atenção integral, de forma interdisciplinar e intersetorial, realizar apoio matricial, atuar de modo articulado com as demais políticas públicas, e não reproduzir práticas manicomial. É fundamental, também, que os CAPS garantam o acesso, com horário estendido e porta aberta, o acolhimento e cuidado à crise, a ambiência, a dispensação de medicação, e a realização de visitas domiciliares.

350. Dessa forma, assume centralidade investir em sua efetiva implantação e funcionamento, garantindo condições de trabalho e infra-estrutura adequada, tanto física, quanto material, assim como os recursos humanos necessários.

351. Para assegurar a qualidade da atenção, é imprescindível o desenvolvimento de



processos de: Educação Permanente para os trabalhadores de saúde mental e os atores intersetoriais envolvidos; e de avaliação dos CAPS e da rede, com base nos princípios e nas diretrizes do SUS, da reforma psiquiátrica, e da política nacional de saúde mental.

352. Para realizar esse conjunto de objetivos, indica-se, também, a revisão de normativas, e a necessidade de garantir condições de trabalho, assim como financiamento para a implantação e manutenção dos CAPS, e para a expansão da rede de serviços substitutivos.

Além destes princípios e diretrizes gerais, foram também deliberadas as seguintes propostas:

### **CAPS e consolidação da rede**

353. Não admitir CAPS e demais serviços com características e práticas manicomial, que não acolham e tratem os casos de urgência, trabalhando como serviços alternativos ao hospital psiquiátrico.
354. Consolidar os serviços existentes na função estratégica dos CAPS como articuladores da rede de serviços.
355. Adequar os CAPS à Portaria 336/2002, onde constam visitas domiciliares, apoio matricial ao Programa de Saúde da Família, garantindo condições de trabalho, equipe mínima e estrutura física adequada.
356. Assegurar padrão básico de ambiência como pré-requisito para funcionamento de CAPS, conforme legislação vigente.
357. Garantir, aos usuários do CAPS, como parte dos serviços oferecidos, o aporte de alimentação, transporte, medicação e demais itens básicos necessários à efetivação dos diversos serviços especializados prestados.
358. Acelerar a implantação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico do tipo CAPS (I, II, III, CAPSi e CAPSad) em todos os municípios, adequando-os às necessidades reais de cada município.
359. Acelerar a implantação de CAPS para elevar a cobertura assistencial em todos os Estados, respeitando o disposto pela Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, bem como os demais dispositivos normativos e critérios já existentes.
360. Ampliar o número de CAPS nos Estados, particularmente de CAPS III e CAPSi nas regiões de saúde, reavaliando o índice de cobertura estabelecido pelo Ministério da Saúde e as demandas de cada área, no sentido de acolher a crise e evitar internações em hospitais psiquiátricos.

361. Implantar, de forma emergencial, CAPSad e CAPSi, bem como outros serviços de saúde mental, de acordo com o perfil epidemiológico e a demanda de cada município.
362. Priorizar a implantação dos CAPS III, infantil, e álcool e drogas, independente do número de habitantes.
363. Priorizar a implantação de CAPS III como estratégia da reforma psiquiátrica, com características antimanicomiais, em substituição ao hospital psiquiátrico.
364. Priorizar a migração de modalidade dos CAPS II para CAPS III em municípios nos quais existem hospitais psiquiátricos, como forma de fortalecer o modelo substitutivo da reforma psiquiátrica.
365. Reafirmar os CAPS como os dispositivos por excelência para o cuidado e o tratamento dos autistas, nos Estados, em consonância com as diretrizes da política nacional de saúde mental, garantindo a continuidade do tratamento das pessoas com autismo nos CAPS I, II e III.
366. Assegurar a regionalização dos serviços oferecidos pelos CAPS por meio do Programa de Pactuação Integrada.
367. Agilizar a aprovação e o cadastramento dos CAPS junto ao Ministério da Saúde.
368. Garantir mecanismos de integração entre os serviços substitutivos de saúde mental para que haja uma troca de experiências.
369. Garantir a implantação de novas residências terapêuticas e que o acompanhamento dos usuários seja realizado pela equipe de saúde mental.
370. Garantir a integração de acompanhamento neurológico e psiquiátrico para os usuários matriculados nos CAPS, que assim o necessitem.

### **Revisão de normativas**

371. Revisar os critérios populacionais para a criação de serviços substitutivos em saúde mental.
372. Revisar os critérios das Portarias para implantação dos CAPS e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, considerando a demanda dos municípios, as particularidades regionais, os perfis epidemiológicos, com destaque para o contingente populacional e as diferentes modalidades de CAPS (CAPS Flutuante/itinerantes), não fixando critérios populacionais.
373. Criar CAPS flutuante, com apoio do governo federal, para melhor atender a população ribeirinha da zona rural da Amazônia Legal, respeitando a cultura local e o conhecimento tradicional.
374. Expandir o horário de funcionamento dos CAPS, conforme necessidade dos usuários,

através de Portaria específica; ampliar a equipe multiprofissional, bem como o financiamento em função deste novo projeto institucional, e instituir a progressão dos CAPS (por exemplo: de CAPS I para CAPS II, de CAPS II para CAPS III), visando absorver a demanda crescente por estes serviços.

375. Garantir a implantação de CAPSi III para atender a demanda infantil e juvenil em crises e urgências.
376. Ampliar e diversificar a equipe multiprofissional nos dispositivos de saúde mental, considerando as especificidades regionais, e revendo a Portaria 336/02 para incluir a contratação de acompanhantes terapêuticos, arte terapeutas, professores de Educação Física, musicoterapeutas, professores de Artes Cênicas e de Yoga, massoterapeutas, psicopedagogo, etc., para todas as modalidades de CAPS, assegurando a interdisciplinaridade da atenção.
377. Ampliar a equipe multiprofissional no atendimento 24 horas em CAPS III, garantindo a permanência de equipe mínima de profissionais de nível superior, técnico de apoio, auxiliar de serviços gerais, e motorista com carro.
378. Criar e reconhecer o cargo ou função de coordenador de saúde mental e de CAPS nos municípios, legitimando-o do ponto de vista técnico e político, e garantindo que sua ocupação seja por profissional capacitado e atuante na área de saúde mental.
379. Garantir o transporte eletivo de qualidade para pessoas com transtorno mental grave, com limitações de locomoção e comprometimento da autonomia e garantir a cessão de vale transporte.

### **Condições de trabalho**

380. Criar e contratar, através de concurso público, equipe interdisciplinar em saúde mental para trabalhar nos leitos de atenção psicossocial nos hospitais gerais.
381. Garantir isonomia salarial a todos os trabalhadores em saúde mental, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS.
382. Garantir a todos os trabalhadores de saúde lotados em unidades de saúde mental, insalubridade e gratificação devido à complexidade da ação.

### **Educação permanente**

383. Garantir a qualidade da assistência através de uma Política de Educação Permanente em Saúde Mental e a implementação de protocolos de assistência.
384. Garantir contratação imediata de profissionais via concurso, com perfil para trabalhar em saúde mental, propondo a implantação de uma política de especialização e de capacitação

- permanente para esses profissionais.
385. Garantir e viabilizar supervisão clínico-institucional para todos os trabalhadores de saúde mental, com sustentabilidade na gestão local.
  386. Fomentar a criação de centros de estudo nos CAPS como forma de estímulo a debates, seminários e pesquisas.
  387. Capacitar as equipes do SAMU 192, Polícia Militar e Corpo de Bombeiros Militar, de acordo com protocolo baseado na Política de Saúde Mental, para abordagem de crises de transtornos mentais e decorrentes do uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, tendo uma equipe multiprofissional no SAMU 192 como referência.
  388. Preparar e capacitar equipes dos CAPSi para atendimento a quadros específicos associados ao transtorno mental como: autismo, outros transtornos invasivos do desenvolvimento, deficiência intelectual, síndrome de Down e paralisia cerebral.
  389. Garantir atenção em saúde mental nos serviços de urgência e emergência, com garantia de treinamento aos profissionais para prestar este atendimento.

#### **Avaliação dos CAPS, da rede e fomento à pesquisa**

390. Garantir avaliação anual por parte da gestão estadual e regional dos CAPS, em termos técnicos, de satisfação do usuário, do profissional e de estrutura, tendo em vista os princípios do SUS e a política nacional de saúde mental.
391. Fomentar a pesquisa e a avaliação da rede assistencial em saúde mental, com vistas à sua reorganização e otimização nos níveis primário, secundário e terciário, coerente com os princípios e diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica.

#### **Financiamento**

392. Garantir transparência no processo de migração definitiva dos recursos federais advindos do anterior modelo de atenção hospitalocêntrico para a expansão da rede de serviços substitutivos.
393. Aumentar a contrapartida de recursos financeiros - federal, estaduais e municipais - para implantação e manutenção dos CAPS, NASF e outras redes substitutivas de saúde mental, incluindo a política para álcool e outras drogas na atenção básica.
394. Garantir a liberação e aprovação de projetos para construção, ampliação ou reforma das unidades de saúde onde funcionam os CAPS, já em funcionamento, bem como para os novos CAPS.
395. Implantar CAPS nos municípios da região em que houver demanda de saúde mental, com aceleração da liberação do repasse financeiro mensal.

## 2.4 - Atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços

### Princípios e diretrizes gerais

396. A consolidação da reforma psiquiátrica exige a priorização, por parte dos gestores dos níveis federal, estadual e municipal, da atenção à crise no âmbito da rede substitutiva em saúde mental, considerando sua importância fundamental na implementação de um processo efetivo que possibilite a extinção dos hospitais psiquiátricos e de quaisquer outros estabelecimentos em regime fechado.
397. Dessa forma, a IV Conferência ratifica a criação, o fortalecimento, e a ampliação da rede de saúde mental e de ações articuladas - saúde mental na atenção básica, ambulatórios de saúde mental, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Residências Terapêuticas, CAPS I, II, III, CAPSi, CAPSad, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA)/Pronto Atendimento, e leitos em hospitais regionais e gerais -, destacando que essa rede deve atuar na lógica antimanicomial e interdisciplinar, integrada nas três esferas de governo.
398. Em paralelo, a Conferência enfatiza o descredenciamento progressivo dos leitos psiquiátricos da rede privada e a desativação progressiva dos hospitais psiquiátricos públicos, com o cumprimento dos prazos estabelecidos pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/ Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), e a necessidade de garantir a participação das organizações de usuários e de familiares, assim como o deslocamento dos recursos financeiros para a criação e manutenção dos serviços substitutivos.
399. A garantia de atenção qualificada e humanizada às pessoas que vivenciam situações de crise, assegurando, aos usuários e familiares, a continuidade do acompanhamento na rede de atenção psicossocial, requer considerar as necessidades das diversas realidades locais, em particular as dos municípios de pequeno porte.
400. Para isso é imprescindível garantir e ampliar a atenção 24 horas às situações de crise em saúde mental, assegurando o atendimento às emergências psiquiátricas em unidades gerais 24 horas, em Prontos Socorros Geral/Pronto Atendimento, em hospitais gerais, e em CAPS III.
401. Dessa forma é fundamental melhorar, ampliar, capacitar e fortalecer as parcerias e interlocução entre a rede de saúde mental e atenção básica, SAMU 192, serviços de segurança pública e universidades que operam nas intervenções de emergência, garantindo,

em todo território nacional, a atenção cuidadosa e ágil aos cidadãos com sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas, incluindo as pessoas em situação de rua, e, quando necessária, a remoção com acolhimento qualificado.

402. Nesse sentido, adquire especial importância assegurar financiamento nas três esferas de governo, e desenvolver processos de educação permanente, para o manejo e a atenção à crise, a todos os atores envolvidos - intra e intersetoriais, comunitários e familiares/cuidadores -, promovendo ações que possibilitem atenção humanizada e construção de redes intersetoriais.

Além destes princípios e diretrizes gerais foram também deliberadas as seguintes propostas:

### **Atenção à crise na rede**

403. Extinguir definitivamente toda e qualquer forma de internação de cidadãos com sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos e em quaisquer outros estabelecimentos de regime fechado, acabando também com a eletroconvulsoterapia no Brasil.
404. Garantir e ampliar o atendimento das situações de crise em saúde mental 24 horas, priorizando CAPS III, no Pronto Socorro Geral em articulação com a rede SAMU 192; em municípios que não tenham estes dispositivos, garantir que os serviços de emergência atendam às situações de crise em saúde mental facilitando o acesso aos demais serviços de saúde.
405. Garantir, sempre que o usuário com sofrimento psíquico estiver em crise e que se faça necessária a intervenção em emergência hospitalar, esta ocorra nos hospitais gerais que tenham serviço de urgência e emergência.
406. Atender as emergências psiquiátricas em unidades gerais 24 horas, contando ainda com equipes volantes para dar suporte matricial às unidades básicas e secundárias de saúde.
407. Garantir, em todo território nacional, a implantação imediata de CAPS III, conforme a legislação vigente, dando ênfase à importância desse dispositivo na atenção à crise na rede substitutiva de saúde mental, dispensando o recurso ao hospital psiquiátrico.
408. Garantir leitos de retaguarda noturna, finais de semana e feriados, em Hospitais Gerais, inclusive em municípios de pequeno porte, para cidadãos com sofrimento psíquico, assim como leitos para síndrome de abstinência e desintoxicação para adultos, crianças e adolescentes, com equipe capacitada possibilitando tratamento humanizado.
409. Garantir o atendimento intensivo e qualificado à crise nos serviços da rede de saúde mental às pessoas com transtorno mental egressas de Hospital de Custódia e Tratamento

- Psiquiátrico, de maneira a evitar a reinternação em hospital psiquiátrico ou em qualquer outro estabelecimento de regime fechado.
410. Assegurar a integração entre os serviços substitutivos e os Hospitais Gerais na atenção aos usuários de saúde mental em co-morbidade clínica em ação compartilhada com equipe no plano terapêutico.
  411. Ampliar as equipes de Núcleos de Apoio à saúde da Família para 100% de cobertura das ESF incluindo profissionais, conforme Portaria n. 154/2008.
  412. Implantar de forma imediata, a política de redução de danos e/ou risco do Ministério da Saúde, adequando à realidade local, considerando a população em situação de vulnerabilidade social, através da contratação de agentes redutores de danos com a possibilidade de que estes sejam selecionados entre os usuários dos serviços.
  413. Garantir acompanhamento por familiares ou pessoas de vínculo próximo aos usuários no período de internação, propiciando redução de danos afetivos e do tempo de internação.
  414. Garantir que a ausência de familiar e/ou responsável durante a situação de crise e/ou internação psiquiátrica em hospital geral não seja impedimento à realização e garantia do atendimento ao usuário, respeitando a singularidade de cada um.
  415. Garantir o acompanhamento do usuário e familiares após a situação de crise e/ou internação na rede de atenção psicossocial. Nos municípios onde não exista demanda populacional para CAPS, garantir a contratação, através de concurso público, e a capacitação de profissionais para atenção básica para acompanhamento dos egressos de internação e dos usuários após situação de crise.
  416. Garantir, em todo país, contemplando as particularidades geográficas e regionais: cobertura eficaz de transporte móvel para atendimento às emergências em saúde mental com acolhimento adequado; o atendimento e a remoção qualificados de pessoas que vivenciam situações de crise (urgência e emergência psiquiátrica) pelo SAMU 192; e o deslocamento para unidades gerais de pronto atendimento no âmbito local e/ou nos CAPS III, inclusive com capacitação e treinamento em saúde mental para as equipes do SAMU 192.
  417. Garantir o transporte adequado para usuários em crise e profissionais, priorizando o atendimento desses usuários nos serviços de pronto-atendimento e emergência.

#### **Revisão de normativas**

418. Ampliar as equipes mínimas de CAPS I, II, III, CAPSad e CAPSi, além do preconizado na Portaria n. 336/2002, dadas as peculiaridades destes usuários e desta clínica.

## **Educação permanente**

419. Garantir processos de educação permanente para o manejo e a atenção à crise, dirigida aos atores envolvidos - CAPS, atenção primária à saúde, Estratégia de Saúde da Família, unidades básicas de saúde, serviços residenciais terapêuticos, Primeira Infância Melhor, SAMU 192, Unidade de Pronto Atendimento, hospital geral, Segurança Pública, Conselho Tutelar, Bombeiros, Brigada Militar, Guarda Municipal, Educação, Defesa Civil, familiares/cuidadores de pessoas com transtorno mental ou decorrentes de uso abusivo de álcool e outras drogas -, promovendo ações que possibilitem atenção humanizada e construção de redes intersetoriais.
420. Qualificar e sensibilizar as equipes da rede responsáveis pelo pronto atendimento às situações de urgência e emergência em saúde mental tais como Serviço de Urgência Psiquiátrica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Resgate, Unidade de Pronto Atendimento e Porta de Entrada, primando pela humanização do atendimento, e buscando formalizar parcerias quando não existentes.
421. Garantir, nas três esferas do governo, financiamento para supervisão clínico-institucional para todos os CAPS cadastrados, com ênfase na atenção à crise.

## **Financiamento**

422. Incentivar técnica e financeiramente a implantação de CAPS III, CAPSi e CAPSad, de acordo com os indicadores demográficos e epidemiológicos dos municípios
423. Garantir, mediante monitoramento e avaliação, nas três esferas de governo, o financiamento e fortalecimento da política de saúde mental, álcool e outras drogas.
424. Garantir, no orçamento dos Ministérios - Educação, Desenvolvimento Social, Saúde, Esportes, Segurança e Cultura -, através de projetos de lei, ações para a prevenção em saúde mental, álcool e outras drogas, de acordo com as populações locais.

## **2.5 - Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa e articulação intersetorial no território**

### **Princípios e diretrizes gerais**

425. A consolidação da política de saúde mental do SUS, orientada pelos princípios da reforma psiquiátrica, exige estimular, ampliar e garantir os programas de desinstitucionalização - com o conseqüente fechamento dos leitos psiquiátricos - e a rede de



serviços substitutivos que favoreçam a inclusão e proteção a todos os cidadãos com sofrimento psíquico.

426. Com essa perspectiva, a IV Conferência enfatiza a necessidade de garantir e ampliar o acesso aos Serviços Residenciais Terapêuticos e ao Programa de Volta para Casa às pessoas com transtornos mentais que deles precisem, com ampliação do processo de financiamento. No sentido de garantir a acessibilidade devem ser desencadeados movimentos na direção de revisão das normativas e legislação existentes.
427. Nesse contexto, é de fundamental importância ampliar estratégias para fortalecer o protagonismo das famílias e dos usuários dos serviços de saúde mental, tendo em vista a necessidade de lutar contra o estigma e de favorecer a inclusão social das pessoas com transtornos mentais.
428. Destaca-se, ainda, a relevância de todos os atores assumirem o compromisso de não admitir nenhum tipo de postura ou incentivo que contrarie os princípios da reforma psiquiátrica, assim como não admitir políticas públicas discriminatórias e excludentes aos cidadãos com sofrimento psíquico.
429. É necessário promover a inclusão social dos usuários de saúde mental, incluindo aqueles em medida de segurança, tendo em vista a vulnerabilidade destes e o processo histórico de exclusão social, entre os grupos prioritários nos programas e políticas públicas como: Habitação, Cultura, Esporte e Lazer, Assistência Social, Educação, Transporte, Trabalho e Renda, Segurança Alimentar, Segurança Pública, Previdência Social e Justiça. As ações mencionadas devem ser pactuadas dentro das diretrizes da política de saúde mental.
430. O aprofundamento do processo de reforma requer, ainda, por um lado, um esforço no sentido de ampliar e fortalecer políticas públicas intersetoriais para a inserção de pessoas com transtorno mental no mercado de trabalho, garantindo o acesso a empregos públicos, privados e organizações coletivas para o trabalho associado. Por outro lado, torna-se fundamental assegurar políticas públicas e a implantação de serviços intersetoriais de Saúde e Assistência Social para os usuários que perderam seus vínculos familiares, que estão em cárcere privado ou que sofrem violência por parte de seus cuidadores, com a devida intervenção do Ministério Público e sensibilização do poder judiciário.
431. E, também, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial reafirma a necessidade de ampliar o trabalho em apoio matricial em saúde mental junto ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), emergências, hospitais gerais, justiça e outros setores.

A seguir estão elencadas as demais deliberações da IV CNSM-I em relação a este sub-eixo:

## **Desinstitucionalização e intersetorialidade**

432. Criar Plano Emergencial Intersetorial, envolvendo Governo Federal, Estados e Municípios visando a desinstitucionalização de pessoas internadas em dispositivos de longa permanência - Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, Hospitais Psiquiátricos em indicação de descredenciamento e os serviços de acolhimento institucional da Assistência Social - construindo estratégias para o seu retorno à família, ou garantindo a sua inserção em Programas de Moradia, destinando recursos à criação de Programa de Bolsas para aqueles que não tenham direito ao Programa de Volta para Casa e/ou Benefício de Prestação Continuada.
433. Realizar censo dos usuários em dispositivos de longa permanência - hospitais psiquiátricos, abrigos da Assistência Social e Hospitais de Custódia - e definir, em órgão colegiado, um cronograma de desinstitucionalização dos mesmos, com conseqüente fechamento dos leitos, assegurando rede substitutiva capaz de acolher essas pessoas, bem como banco de dados para facilitar enquadramento no Programa de Volta para Casa e no Benefício de Prestação Continuada.
434. Estimular, ampliar e garantir os programas de desinstitucionalização e a rede de serviços substitutivos que favoreçam a inclusão e proteção a todos os cidadãos com sofrimento psíquico, tais como: Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa, Programas de Geração de Renda e outros.
435. Ampliar ofertas de dispositivos de moradia - tais como serviços residenciais terapêuticos, pensões protegidas, moradias assistidas, casas populares, casa de apoio, etc. - para oferecer suporte às pessoas em situação de rua com transtornos mentais, dentro de uma perspectiva intersetorial que envolva projetos habitacionais, de justiça, direitos humanos e assistenciais, articulados com o Programa de Volta para Casa e programas de geração de renda.
436. Garantir a implantação de Centros de Convivência comunitários e de cultura, a partir de lei federal, em espaços abertos com parceria intersetorial, que efetivem a utilização de recursos territoriais (tais como parques, centros esportivos, associações comunitárias) para a realização de programas, oficinas e projetos ligados à educação, cultura, esporte e lazer, cidadania, preservação ambiental e empreendimentos econômicos solidários.
437. Construir e fortalecer espaços coletivos intersetoriais como instâncias de discussão da política de atenção à saúde mental da criança e do adolescente, através de fórum permanente, assegurando interlocução com a Educação, Conselhos Municipais de Saúde, Juizado, Promotoria, Conselhos Tutelares e Rede Nacional dos Direitos Humanos.

## **Acessibilidade**

438. Garantir o acesso aos Serviços Residenciais Terapêuticos e ao Programa de Volta para Casa às pessoas com transtornos mentais referenciados pelos serviços da rede local de saúde mental.
439. Garantir, com financiamento nas três esferas de governo, o acesso aos benefícios contemplados pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) aos Serviços de Residências Terapêuticas e aos usuários do serviço de saúde mental com vínculos familiares rompidos e/ou em situação de vulnerabilidade social.
440. Garantir a implantação das 1.000 novas Residências Terapêuticas, conforme compromisso firmado pelo Governo Federal.

## **Revisão de normativas e de legislação**

441. Promover revisão da Portaria GM 106/2000 que cria os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, criando novas formas de financiamento em parceria com segmentos da intersetorialidade que resulte em alocação de recursos para além daqueles provenientes da AIH psiquiátrica. Tais recursos devem atender aos usuários de saúde mental que não possuem vínculos familiares, bem como aqueles que são egressos de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.
442. Rever a Portaria de criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, para a ampliação dos critérios, de forma a contemplar a atenção e proteção aos usuários de saúde mental sem referência familiar, para oferecer o cuidado necessário, independente de ser egresso de hospital psiquiátrico.
443. Rever a Portaria de criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, para a ampliação dos critérios, a fim de favorecer a inclusão de pessoas moradoras de rua e/ou andarilhos com transtorno mental nas residências terapêuticas e no Programa de Volta para Casa.
444. Garantir que os programas de Residências Terapêuticas e o Programa De Volta Para Casa possam contemplar as pessoas com sofrimento psíquico egressas do sistema penitenciário e as que estão em processo de desinstitucionalização em outros espaços.
445. Rever os critérios de acesso e extensão do benefício do Programa de Volta para Casa (Lei n. 10.708/03) aos usuários egressos de internação psiquiátrica prolongada, posterior ao ano de 2003, ampliando o número de usuários beneficiários, criando mecanismo de reajuste anual de seu valor, tendo por parâmetro o salário mínimo, e prorrogando sua extensão no tempo, através do Ministério Saúde.
446. Propor ao Ministério da Saúde emenda da Lei que cria o Programa de Volta para Casa,

revisando os critérios de liberação do recurso e aumentando a adesão de usuários ao Programa.

447. Mudar a legislação da isenção tarifária dos transportes coletivos visando atender às pessoas com sofrimento psíquico que necessitam de acompanhamento contínuo nos serviços de saúde mental.
448. Pactuar o direito a passe livre nos ônibus municipais que fazem o trajeto da zona rural para a cidade aos usuários dos CAPS, e em caso de necessidade, com direito a acompanhante identificado na carteira, uma vez que estes necessitam de frequência regular no serviço.

### **Gestão e avaliação de serviços/programas**

449. Garantir a realização do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) - Psiquiatria nos hospitais e clínicas psiquiátricas conveniados com o SUS no âmbito municipal, estadual e distrital, bem como a avaliação dos serviços públicos de saúde mental, assegurando a participação de representantes do controle social e a divulgação dos resultados.
450. Garantir a imediata discussão de mecanismos de gerenciamento de benefícios dos moradores de serviços residenciais terapêuticos com autonomia prejudicada, para melhorar a utilização do mesmo.

### **Financiamento**

451. Garantir recursos das Políticas Habitacionais, nas três esferas de governo, destinadas a portadores de sofrimento psíquico e em medida de segurança, em atendimento na rede pública de saúde mental, efetivando o direito à moradia com dignidade, e reajustando valores para criação de Serviços Residenciais Terapêuticos, com Comissão de Acompanhamento e Implantação das Residências Terapêuticas.
452. Estabelecer e garantir, nas três esferas de governo, 5% das cotas em programas habitacionais para população de baixa renda às famílias com pessoas com transtorno mental, e/ou com deficiência intelectual, assim como aos usuários da saúde mental em situação de rua ou aos egressos de hospitais psiquiátricos e dos hospitais de custódia que não tenham suporte sócio-familiar.
453. Rever o financiamento para a implantação e custeio dos Serviços Residenciais Terapêuticos, garantindo financiamento específico para residências terapêuticas em que estejam moradores com doenças crônicas e outros cuidados complexos, adaptadas às necessidades de pessoas com baixo grau de autonomia.

454. Garantir recursos para localização de familiares dos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos que desejam reaproximação dos mesmos, com pactuação entre gestores municipais, estaduais e nacional.

455. Reconhecer a importância dos diferentes tipos de oficinas na reorientação do modelo assistencial, garantindo o investimento de recursos materiais e humanos, e apoiando ativamente sua implantação e desenvolvimento.

## **2.6 - Saúde mental, atenção primária e promoção da saúde**

### **Princípios e diretrizes gerais**

456. A IV CNSM-I enfatiza a relevância de garantir o cuidado em saúde mental na atenção básica, através de parcerias intersetoriais, às pessoas com transtornos mentais, aos usuários de álcool e outras drogas, e às pessoas afetadas pela violência, considerando as fortes implicações dessas ações tanto no campo da saúde mental, quanto nas condições de produção de sofrimento e na qualidade de vida das pessoas e comunidades.

457. A IV Conferência indica, também, a necessidade de incluir a saúde mental como área estratégica da atenção primária, assim como de promover a integralidade das ações de saúde mental, em todos os níveis de atenção, pautada na lógica da intersetorialidade, tendo como formas de organização as equipes matriciais e de referência.

458. Dessa forma, é fundamental garantir o planejamento, o desenvolvimento, e a avaliação das ações de saúde mental - em todos os níveis de atenção, conforme suas responsabilidades - de forma intersetorial e interdisciplinar na atenção à saúde da comunidade, em parceria com outras políticas públicas e atores - por exemplo, lazer, esportes, cultura, assistência social, conselho tutelar, Ministério Público -, e assegurar que a atenção primária seja porta de entrada da rede visando atingir 100% de cobertura.

459. Nessa perspectiva, é imprescindível fortalecer a rede de atenção primária com a implantação de apoio matricial à atenção básica pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e dos CAPS, garantindo atendimento humanizado, e assegurar os recursos necessários para executar as ações que visem às articulações com essa rede.

460. É fundamental, ainda, garantir a ampliação e o fortalecimento de processos de educação permanente, assim como o financiamento.

Além destes princípios e diretrizes, foram também deliberadas propostas objetivando a efetivação da inclusão da saúde mental na atenção básica, a intersetorialidade, e a revisão de normativas:

## **Efetivação da saúde mental na atenção básica**

461. Inserir estratégias de saúde mental em todos os grupos e programas já existentes nas unidades básicas de saúde - saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança e do adolescente, saúde do homem, saúde do adulto, programas de atenção às vítimas de violência, entre outros -, assegurando a intersetorialidade.
462. Implementar e implantar sistemas de monitoramento e avaliação das ações de matriciamento.
463. Incluir Saúde Mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) com criação de mecanismos de investimento, pactuação e inclusão no SIAB, revendo os atuais parâmetros de proporção das equipes de saúde mental - tanto o populacional quanto as Equipes de Saúde da Família.
464. Incluir a saúde mental como área estratégica da atenção primária, acrescentando na Portaria n. 648 de 28 de março de 2006, e pactuar indicadores nacionais.
465. Implementar ações de cuidado em saúde mental na atenção básica, junto ao CAPS e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com foco na promoção da saúde mental e prevenção, que contemplem as Práticas Integrativas e Complementares.
466. Fortalecer e ampliar as equipes de terapia comunitária.
467. Incentivar a implantação e/ou implementação de grupos terapêuticos na atenção básica para os usuários e seus familiares, nos municípios que não disponham de equipamentos para esse fim.
468. Organizar os serviços locais com ênfase nas ações de educação, orientação, reabilitação e promoção, garantindo a transversalidade da saúde mental nas ações dos profissionais da atenção básica em seus territórios, e incentivando a realização das oficinas terapêuticas.
469. Ampliar programas e projetos, assim como equipamentos (serviços) e recursos humanos voltados para a promoção da saúde mental e prevenção de agravos, principalmente na infância e adolescência.
470. Desenvolver ações que possibilitem a promoção da saúde mental e ações na área de álcool e drogas em populações e contextos vulneráveis, na zona rural, assentamentos, acampamentos da reforma agrária, ribeirinhos, quilombolas, pescadores, indígenas, ciganos, entre outras.

## **Intersetorialidade**

471. Proporcionar ações intersetoriais sócio-educativas, preventivas e de geração de renda no âmbito da atenção primária, bem como possibilitar a criação de convênios entre poder público e outras entidades não governamentais como Serviço Social do Comércio (SESC),

Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), Sistema Nacional de Emprego (SINE), etc.

472. Garantir, nas três esferas, a efetividade do Programa Saúde na Escola em todos os municípios destacando ações de saúde mental.

### **Revisão de normativas**

473. Garantir a efetivação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família como política de estado, que co-financia ações de saúde mental dentro das ESF nos municípios, reduzindo o número mínimo de ESF para criação dos NASFs, de oito para quatro equipes de saúde da família para o desenvolvimento de ações de atenção conjuntas.

474. Aumentar o número de profissionais do Núcleo de Saúde Mental do Núcleo de Apoio à Saúde da Família por território.

475. Reduzir o número de Equipes de Saúde da Família sob a responsabilidade da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

### **Educação permanente**

476. Implantar nos municípios não contemplados com CAPS, com financiamento nas três esferas de governo, programas de educação permanente às Equipes de Saúde da Família (ESF), considerando a lógica da reforma psiquiátrica, e, em particular: o matriciamento; as diferentes modalidades de intervenção: avaliação, prescrição de medicação e atendimento de grupos, bem como o reconhecimento da importância de empoderamento dos usuários, familiares e comunidade; e a potencialização dos serviços que atendam à demanda de saúde mental, em municípios de até 20 mil habitantes (ESF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ambulatorios, serviço residencial terapêutico, hospitais de pequeno porte), assegurando a supervisão e o desenvolvimento das ações e do cuidado na lógica da reforma psiquiátrica.

477. Garantir, através das esferas federal, estadual e municipal infra-estrutura adequada dos serviços e educação permanente para os trabalhadores de saúde da unidade para o funcionamento da atenção à saúde mental na atenção primária.

478. Incluir, nas capacitações de todos os serviços, estratégias de redução de danos com base nos direitos humanos visando oferecer suporte às intervenções na atenção primária, com enfrentamento precoce do uso de substâncias psicoativas e fortalecimento do protagonismo do sujeito que não quer ou não consegue interromper o uso de drogas.

479. Promover estratégia de educação permanente das equipes de atenção básica, focando o cuidado em saúde mental, com destaque dos usuários pós-alta dos CAPS e moradores de

serviços residenciais terapêuticos.

480. Capacitar os ACS para identificação de demandas de saúde e de sofrimentos psíquicos durante suas ações de atendimento à comunidade, por exemplo: visitas domiciliares, grupos,
481. Criar e divulgar Manual de Saúde Mental para a Atenção Básica de Saúde, enfatizando a intersetorialidade, destacando experiências validadas no cenário nacional.

### **Financiamento**

482. Garantir incentivo financeiro para o desenvolvimento de ações de saúde em nível primário, de forma intersetorial e interdisciplinar, em parceria com os diferentes recursos da comunidade e com outras políticas públicas (lazer, esporte, educação, cultura, assistência social, Conselho Tutelar, Ministério Público, meio ambiente, e trabalho) com a ampliação das Equipes de Saúde da Família (ESF), garantindo cobertura de 100% nos municípios, e o suporte de equipes matriciais.
483. Fortalecer a rede de atenção primária, com a garantia, pelo gestor, dos insumos necessários para a efetivação das ações nos CAPS e PSF na atenção básica.
484. Investir mais recursos para a promoção da saúde mental nos serviços de atenção primária e projetos que visem reduzir os danos causados pelo uso e abuso de álcool e outras drogas.

## **2.7 - Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais**

### **Princípios e diretrizes gerais**

485. A IV CNSM - I enfatiza que o enfrentamento da problemática do uso e abuso de álcool e outras drogas requer a implantação e o desenvolvimento, nos três níveis de atenção, de políticas públicas intersetoriais, em consonância com as diretrizes da reforma psiquiátrica, do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) e do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.
486. De modo especial implica, também: estabelecer, efetivamente, a estratégia de redução de danos como política pública de saúde; e expandir, em todo território nacional, a rede de cuidados em saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, garantindo de forma irrestrita o direito à saúde e a uma melhor qualidade de vida.
487. Dessa forma, assume particular relevância efetivar a política de redução de danos do SUS na rede de atenção psicossocial, nos diferentes níveis de atenção, fortalecendo as



práticas territoriais e a construção de redes sociais de redução de danos, em contraponto ao modelo predominante focado na abstinência, moralização, penalização e criminalização do usuário de álcool e outras drogas.

488. Nessa perspectiva, é necessário ampliar o debate e a divulgação da lógica, da política, e das ações de redução de danos, fortalecendo o seu papel fundamental na atenção aos problemas decorrentes do uso de drogas, em consonância com os princípios antimanicomiais, e visando, também, reduzir o estigma.

489. Para a efetivação desse processo é imprescindível assegurar o financiamento nos três níveis de gestão, assim como a criação e expansão da rede de cuidados em saúde mental aos usuários de álcool e outras drogas. A construção dessa rede deve considerar os critérios epidemiológicos, e, em especial, as necessidades de municípios de pequeno porte populacional, e os desafios de promoção de estratégias de ação intersetorial para a complexidade de demandas da população.

490. Em relação à rede, as propostas apontam, dentre outras questões, para a necessidade de garantir sustentabilidade das ações de redução de danos no território, fortalecendo a gestão intra e intersetorial. Os CAPSad devem operar com a lógica de redução de danos e promover a inserção social dos usuários de álcool e outras drogas.

491. As propostas indicam, ainda, a necessidade de: instituir, no âmbito dos entes gestores do SUS, políticas estratégicas e mecanismos para fortalecer a integração da atenção básica com os CAPS; implantar e implementar leitos em hospitais gerais; e de ampliar o investimento em projetos de promoção da saúde, prevenção, e de redução de danos, tendo como princípio o respeito às singularidades socioculturais de cada grupo e região e a intersetorialidade - cultura, arte, lazer, esporte, educação, emprego e geração de renda.

492. Outro aspecto de fundamental relevância enfatizado nas propostas refere-se à necessidade de investir na comunicação com a sociedade propiciando a divulgação, nos meios de comunicação, das políticas e ações do campo, de forma a possibilitar a ampliação de conhecimentos da população, visando reduzir preconceitos e estigma associados ao consumo de álcool e outras drogas. Igualmente é necessário assegurar que a imagem das pessoas que usam álcool e outras drogas ou com transtorno mental não seja veiculada e explorada, de forma vexatória, degradante, ou desumana, pelos veículos de comunicação.

Além desses princípios e diretrizes gerais, as deliberações abordam, ainda, outras temáticas de fundamental relevância, dentre as quais: revisão de normativas; intersetorialidade; educação permanente e pesquisa; projetos de cooperação; e criação de tributos como uma das formas de financiamento das políticas públicas aos usuários de álcool e outras drogas.

## **Rede de atenção e Estratégias de Redução de Danos**

### ***Ampliação da rede e dos CAPS***

493. Garantir e monitorar a implantação e implementação do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Drogas junto aos municípios.
494. Criar comissão nos Colegiados de Gestão Regional para elaborar proposta de formação da rede de atenção aos usuários de álcool e drogas.
495. Criar e expandir, em todo o país, a rede de cuidados em saúde mental para usuários de álcool e outras drogas com a implantação de CAPSad III, CAPSad, além de criação de CAPSad com perfil para infância e adolescência (CAPSad infante e juvenil) - atualizando a Portaria GM 336/2002 - com equipe multiprofissional, disponível durante todo o horário de funcionamento, de modo a oferecer o atendimento necessário aos usuários de álcool e outras drogas.
496. Implantar e implementar os CAPSad de forma regionalizada e intersetorial promovendo a inserção dos usuários de álcool e outras drogas de forma integrada e humanizada, obedecendo aos critérios do Ministério da Saúde com base na Portaria GM 336/2002.
497. Estabelecer estudo para inclusão de CAPS I no Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, com incentivo financeiro do Ministério da Saúde, considerando o fluxo de atendimento a usuários de álcool e outras drogas.

### ***Consolidação da estratégia de redução de danos***

498. Implantar ações de redução de danos em todos os serviços e políticas públicas.
499. Implantar, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, o programa de redução de danos nos municípios garantindo o financiamento, custeio e sustentabilidade, através das três esferas de governo, e parcerias com o terceiro setor, adequando à realidade de cada município.
500. Garantir que as pessoas em uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas tenham acesso às estratégias do Programa de Redução de Danos.
501. Garantir a ampliação e efetivar políticas de redução de danos, e estabelecer que os CAPSad trabalhem com a lógica da redução de danos, em cumprimento ao Decreto n 5.912/06.
502. Difundir a redução de danos enquanto estratégia que considera o sujeito em sua singularidade, respeitando suas escolhas para além dos preconceitos e estigmas associados à questão do consumo de álcool e outras drogas. Para tanto, o Ministério da Saúde deve criar estratégias de incentivo e financiamento para que a rede de saúde e social que trabalha

diretamente com os usuários (CAPS I, II, III, CAPSad e CAPSi, Residências Terapêuticas, atenção básica, NASF, ESF, ACS, Emergências, CRAS) seja capacitada para trabalhar com essa estratégia, assim como introduzir e regulamentar o agente redutor de danos como profissional da saúde a compor a equipe mínima dos CAPSad, CAPSi, CAPS I e II, e das equipes matriciais, ampliando para a rede intersetorial em nível federal, estadual e municipal.

503. Garantir, através de normatizações, a sustentabilidade técnica e financeira das ações de redução de danos no território, fortalecendo a gestão intrasetorial (saúde mental e DST/AIDS/Hepatites virais e TB) e intersetorial, propondo regulamentação do cargo de redutor de danos no quadro de recursos humanos da rede pública de saúde mental.
504. Implantar equipes de atendimento na rua, no modelo da Equipe de Saúde da Família, garantindo as ações em redução de danos para atendimento às pessoas com transtorno mental e/ou em uso abusivo de álcool e outras drogas que se encontram em situação de rua, assegurando retaguarda em serviços especializados de atenção diária e serviços com hospitalidade para desintoxicação.
505. Realizar ações de cuidados às gestantes em situação de risco com uso abusivo e/ou dependência de álcool e drogas, de acordo com os pressupostos da política do Ministério da Saúde.

#### ***Leitos em Hospitais Gerais***

506. Garantir a implantação e implementação dos dispositivos normativos já existentes e relativos à criação de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais nos municípios, incluindo Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHR-ad) conforme Portaria GM n. 1.612 de 09 de setembro de 2005 e Portaria 1.190 de 04 de junho de 2009, no prazo de um ano, com garantia de financiamento.
507. Credenciar e garantir o financiamento de leitos psiquiátricos para as pessoas com transtornos mentais e leitos de desintoxicação para usuários de álcool e outras drogas em Pronto-atendimentos e Hospitais Gerais. Para tal, realizar campanhas de informações e sensibilização junto aos gestores hospitalares, garantindo, assim, tratamento adequado às necessidades do usuário conforme projeto terapêutico singular construído em equipe com a participação dos usuários e das famílias.

#### ***Ações de promoção e prevenção***

508. Implantar, nas escolas das redes públicas e privadas, programas de prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas.

509. Incentivar a promoção da saúde, a prevenção primária e o diagnóstico precoce dos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas nas unidades básicas de saúde, através da Equipe de Saúde da Família, para abordagens de redução de danos e encaminhamentos para o tratamento multiprofissional, quando necessário.

### **Revisão de normativas**

510. Implantar, implementar e ampliar as ações/cobertura previstas pelo Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010), incluindo os municípios com mais de 70 mil habitantes.

511. Ampliar o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Drogas (PEAD) para os municípios sede de referência regional.

512. Revisar os critérios para implantação de CAPS para os usuários de álcool e outras drogas, de forma que municípios de menor porte populacional sejam cobertos por esse tipo de serviço, seguindo critérios epidemiológicos e demanda de cada município.

513. Implementar um CAPSad, com funcionamento em regime 24h, em municípios de médio porte, pactuado com os municípios que formam as suas regiões de saúde, e implementar políticas intersetoriais que fomentem o engajamento de todos os atores sociais.

514. Garantir incentivo financeiro para municípios com população menor que 20 mil habitantes, para ações de atenção integral de adultos, adolescentes e crianças que fazem uso de álcool e outras drogas.

### **Intersetorialidade**

515. Criar fóruns municipais e estaduais, permanentes e intersetoriais, - incluindo educação, saúde, segurança, trabalho, cultura, assistência social e outros setores -, para discussão, articulação e acompanhamento das questões relativas ao uso abusivo de álcool e outras drogas e da política de redução de danos.

516. Desenvolver política pública intersetorial para o enfrentamento da problemática do uso/abuso de álcool e outras drogas, especialmente álcool e tabaco, garantindo o financiamento, de acordo com as diretrizes da reforma psiquiátrica, nos três níveis de atenção à saúde.

517. Garantir a criação de programas federais, estaduais e municipais de avaliação para promoção, prevenção e tratamento existentes na área de álcool e outras drogas, estabelecendo e implantando ações preventivas ao uso abusivo de drogas, de forma intersetorial (cultura, arte, lazer, esporte, educação, emprego e geração de renda), bem como o tratamento e a reabilitação do usuário de álcool e outras drogas, em parceria com as

secretarias de: assistência social (CREAS, CRAS), saúde, educação e segurança pública.

518. Garantir e ampliar os investimentos e ações de promoção da saúde e prevenção ao uso de álcool e outras drogas em parcerias intersetoriais.
519. Garantir financiamento de equipe de saúde mental que se responsabilize pela organização da rede para população usuária de álcool e outras drogas nos municípios de pequeno porte populacional (menos de 70 mil habitantes), visando promover estratégias de ação intersetorial para toda a complexidade de demandas da população.
520. Criar e ampliar Casas de Passagem de curta permanência, sob gestão intersetorial, como recurso socioassistencial para cuidar de usuários com problemas de álcool e drogas, com potencial para autonomia e em vulnerabilidade social. O usuário deverá estar em tratamento no CAPSad e a inserção na Casa de Passagem deverá ser decidida a partir da construção do projeto terapêutico, sendo fundamental sensibilizar/capacitar as equipes de trabalhadores para garantir atendimento e hospitalidade às pessoas.
521. Criar dispositivos de gestão e financiamento bi-setorial (Saúde e Assistência Social), de dispositivos de acolhimento transitório para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas em situação de risco social na comunidade e compulsão intensa, tanto para a população adulta, quanto infante e juvenil.
522. Criar um programa ou política pública de proteção à vida dirigida às pessoas ameaçadas de morte em função do envolvimento com uso de drogas, em parceria com os governos - federal, estadual, municipal e distrital - e, também, com o Ministério Público.

### **Educação permanente**

523. Capacitar, garantindo formação continuada, todos os profissionais que atuam com a problemática de álcool e drogas - equipes técnicas dos hospitais de referência, dos serviços de saúde, educação, assistência social, conselheiros tutelares, e operadores do direito e segurança pública - na prevenção, no tratamento e em estratégias de redução de danos.
524. Garantir recurso financeiro para a promoção de seminários, fóruns e encontros regionais específicos para tratar de temas referentes ao uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas.

### **Pesquisa e extensão de serviços à comunidade**

525. Financiar e assegurar incentivos e parcerias entre instituições de ensino superior e técnico para o desenvolvimento de pesquisas e de extensão na área de prevenção e assistência aos usuários de álcool e outras drogas.

## **Relação com a mídia e comunicação com a sociedade**

526. Divulgar as ações e iniciativas da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas nos meios de comunicação, para publicização e maior conhecimento da população, com vistas à diminuição do estigma, definindo um Grupo de Trabalho Intersetorial (incluindo profissionais com experiência em trabalho comunitário) para indicação da melhor linguagem e abordagem da difusão do conhecimento; que esse Grupo de Trabalho seja consultivo sobre campanhas institucionais que trabalhem na prevenção ou educação sobre drogas em veículos de massa, visando sua adequação aos princípios da prevenção da Lei n. 11.343/06, bem como às diretrizes do SUS, para a atenção às pessoas que usam drogas.
527. Rever critérios dos dispositivos legais que regulam os comerciais midiáticos envolvendo bebidas alcoólicas a exemplo das medidas utilizadas em relação ao tabaco.
528. Garantir que o Ministério da Saúde elabore material educativo abordando a problemática de álcool e outras drogas como prevenção, promoção e proteção aos usuários do SUS e familiares.

## **Projetos de cooperação**

529. Desenvolver um projeto contratualizado de cooperação entre os municípios da fronteira e os países vizinhos.

## **Financiamento e criação de tributos**

530. Promover debates com o Poder Legislativo sobre o cuidado e a atenção em álcool e outras drogas, para que este viabilize a criação de impostos sobre o lucro líquido das fábricas de bebidas alcoólicas e cigarros, a fim de que estes recursos sejam destinados aos serviços públicos de saúde mental para atenção aos usuários de álcool e outras drogas.
531. Garantir que parte dos impostos recolhidos das empresas de álcool e tabaco seja revertida para o tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas em serviços públicos de saúde.
532. Desburocratizar e acelerar o estabelecimento de convênios (conforme disposto pela Lei Federal 11.343/2006) com as unidades federativas para que o dinheiro e os bens dos traficantes, quando apreendidos, sejam repassados de forma célere para serviços públicos de prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários de álcool e outras drogas.

## **2.8 - Saúde mental na infância, adolescência e juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersectorialidade**

### **Princípios e diretrizes gerais**

533. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (CNSM-I) ratifica a necessidade de assegurar, em todo o território nacional, o acesso e o tratamento para crianças, adolescentes e jovens com sofrimento psíquico, através da montagem de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental - de base comunitária e fundamento intersectorial -, em consonância com as necessidades, os recursos e as particularidades de cada localidade, e sob a égide das determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), da Lei 10.216, dos princípios da reforma psiquiátrica e dos fundamentos da Política Pública de Saúde Mental no SUS.
534. Para ampliar a acessibilidade, a rede pública ampliada local deve dar prioridade aos casos de maior gravidade, mas também tomar como responsabilidade inalienável a proposição de estratégias de cuidado para toda complexidade de demandas relacionadas à saúde mental da população infantil e juvenil.
535. Na ampliação do acesso deve estar incluído o desenvolvimento de ações intersectoriais, transdisciplinares, de assistência e de promoção em saúde mental nos três níveis de atenção, considerando as demandas específicas e os dados epidemiológicos, com especial atenção àqueles que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.
536. As exigências colocadas por esse processo de consolidação da política de saúde mental infantil e juvenil implicam a construção de redes que respondam não apenas aos desafios presentes nos grandes centros urbanos, mas também àqueles existentes em municípios de pequeno porte populacional e, fundamentalmente, aos das localidades caracterizadas por vazio assistencial.
537. Especial importância adquire, nesse sentido, a garantia de financiamento calcada em parâmetros pertinentes às diferentes realidades; a ampliação do acesso à informação e à educação permanente das equipes, com ênfase na supervisão clínico-institucional; a garantia da comunicação transversal entre os serviços que compõem a rede, e a construção de vias para sustentabilidade e qualificação da ação pública de cuidado a crianças e jovens com necessidades em saúde mental.
538. Em relação ao Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), a IV CNSM-I reafirma sua função de dispositivo estratégico da política pública, indicando que o CAPSi potencialize seu mandato de ordenador da demanda em saúde mental infantil e juvenil, opere permanentemente sob fundamento intersectorial e seja capaz de agenciar, no seu

território de referência, condições efetivas para que na construção da rede e nas ações de cuidado haja o envolvimento e a co-responsabilidade de todos os setores historicamente implicados na assistência a crianças e adolescentes: o da saúde geral/atenção básica, da educação, da assistência social, da justiça e direitos.

539. Do conjunto das deliberações para a saúde mental infantil e juvenil da IV CNSM-I destacam-se, ainda, diretrizes relacionadas à importância de: a) expansão e qualificação das estratégias de desinstitucionalização para crianças e adolescentes; b) fortalecimento de políticas intersetoriais orientadas para a promoção de saúde e saúde mental e para a atenção integral; c) efetivação de articulações intrasetoriais, particularmente com a atenção básica e hospital geral; d) consolidação do fundamento intersetorial na montagem da rede de cuidados, especialmente com os setores da educação, assistência social, justiça/direitos; e) destinação financeira compatível com as exigências da atenção psicossocial para infância e adolescência.

Além destes princípios e diretrizes gerais, foram também deliberadas propostas para os temas do acesso e da rede; CAPSi; atenção aos usuários de álcool e outras drogas; desinstitucionalização; promoção, proteção e prevenção; intra e intersetorialidade; suportes ao cuidado, e construção de estratégias colegiadas. As propostas relacionadas ao tema do financiamento foram inseridas em diferentes seções temáticas.

### **Ampliação do acesso e da rede**

540. Ampliar a rede, adotando critérios epidemiológicos no lugar de critérios populacionais, como forma de garantir a atenção nos municípios de pequeno, médio e grande porte.
541. Garantir o financiamento para a rede de cuidado e tratamento em saúde mental infantil e juvenil - incluindo a abordagem dos problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas - nos diferentes níveis de atenção, a partir da construção de indicadores específicos, pactuados pelas diferentes esferas de gestão do SUS.
542. Garantir o financiamento para implantação e desenvolvimento de ações voltadas para crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, através da efetivação das políticas de assistência e saúde, particularmente aquelas voltadas para os usuários de álcool e outras drogas.
543. Viabilizar a implantação, implementação e manutenção da rede de saúde mental infantil e juvenil valendo-se de estratégias diversificadas, compatíveis com as diferentes realidades locais, tais como:



- a) financiamento para equipes de saúde mental, com supervisão clínico-institucional, que nos municípios de pequeno porte se responsabilizem pela organização da rede, promovendo estratégias intersetoriais para toda complexidade de demandas relacionadas à população infantil e juvenil;
  - b) garantia de acompanhamento das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico nos CAPS I e na Atenção Básica;
  - c) montagem de CAPSi, Ambulatórios, Centros de Convivência, Casas de Passagem e outros dispositivos, através de consórcio intermunicipal na esfera pública, garantindo a supervisão clínico-institucional para as equipes desses serviços.
544. Consolidar a política de saúde mental intersetorial para a criança e o adolescente, reavaliando os serviços já existentes, desenvolvendo ações transdisciplinares e intersetoriais de promoção e assistência à saúde, respeitando do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as políticas de inclusão, os dados epidemiológicos e as demandas específicas, de modo a ampliar a acessibilidade e dinamizar o fluxo entre serviços, com prioridade para os casos de maior gravidade.
545. Garantir que os recursos financeiros federais destinados à saúde mental de crianças e adolescentes (com transtornos mentais, ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas), sejam aplicados na criação, ampliação e manutenção de espaços físicos apropriados, e na capacitação da equipe técnica multidisciplinar.

### **Consolidação dos CAPSi**

546. Garantir, na rede de atenção psicossocial, a expansão dos dispositivos CAPSi, segundo as necessidades e particularidades de cada localidade.
547. Garantir que a implantação dos novos CAPSi seja precedida pelo mapeamento dos equipamentos existentes voltados para a assistência às crianças e adolescentes nos diversos setores do território de abrangência - ação a ser realizada pela gestão de saúde mental -, e que o cumprimento dessa diretriz sirva como critério para credenciamento dos CAPSi junto ao Ministério da Saúde.
548. Garantir aos CAPSi, desde a sua implantação, recursos financeiros específicos e permanentes para a supervisão clínico-institucional, provenientes das diferentes esferas da Saúde Pública – municipais, estaduais e do Distrito Federal.
549. Garantir aos usuários dos CAPSi a continuidade do acompanhamento em serviços de referência (CAPS, Ambulatório), sempre que se fizer necessário.

### **Atenção aos usuários de álcool e outras drogas**

550. Construir uma agenda permanente e continuada para operacionalização de ações transversais de cuidados a crianças e adolescentes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, respeitando a diretriz da redução de danos e os princípios da reforma psiquiátrica.
551. Propor que a política pública intersetorial de saúde mental e de atenção aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, dirigida à população de crianças e adolescentes, valorize e divulgue experiências exitosas de promoção da saúde, aprovadas pelos diferentes conselhos das políticas públicas, que envolvam a família e a comunidade, e estejam em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e com as diretrizes da reforma psiquiátrica.
552. Garantir na rede de atenção psicossocial a expansão dos dispositivos CAPSad, segundo as necessidades e particularidades de cada localidade.
553. Garantir a implantação e a ampliação de dispositivos de base territorial, tais como consultórios de rua articulados com equipes volantes intersetoriais, com vistas a promover ações de redução de danos junto às crianças e adolescentes em uso prejudicial de álcool e outras drogas.
554. Retirar todo tipo de propaganda de bebidas alcoólicas dos meios de comunicação, especialmente da televisão, tendo em vista sua importância na promoção e prevenção em saúde mental infantil e juvenil.

### **Ações de desinstitucionalização**

555. Garantir, no processo de desinstitucionalização da criança ou do adolescente com sofrimento psíquico, a assistência integral e multidisciplinar do seu cuidador, com a finalidade de prepará-lo para a recepção e integração da criança ou adolescente na família e na sociedade.
556. Garantir, em relação às crianças e aos adolescentes institucionalizados ou em cumprimento de medida sócio-educativa, inclusive aos egressos, o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o pleno atendimento à saúde mental, a partir do disposto na Lei 10.216; o que implica na não aceitação da internação psiquiátrica compulsória de crianças e adolescentes, na exigência de revisão das internações ilegais que ferem frontalmente os direitos humanos, e na extinção imediata das unidades que foram criadas com esse objetivo em algumas regiões do país.

## **Ações de promoção, proteção e prevenção**

557. Garantir a elaboração intersetorial de projetos de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, que envolvam setores da sociedade civil, recursos locais e comunitários, os setores da assistência social, educação, esporte, lazer, cultura, saúde mental e atenção básica dirigidos à infância e adolescência, de acordo com os princípios do SUS.
558. Utilizar os recursos físicos, estruturais, institucionais e/ou financeiros das esferas governamentais para promover o cuidado a crianças, jovens e familiares em situação de ameaça e/ou violação de direitos (vulnerabilidade).
559. Enfrentar a prescrição indiscriminada de psicofármacos para crianças e adolescentes, através de ampla discussão sobre os riscos de medicalização dessa população.

## **Incremento de ações intra e intersetoriais específicas**

### ***Com a Atenção Básica:***

560. Fomentar programas de atenção integral à primeira infância articulados com os demais dispositivos da rede de saúde e de saúde mental, na condição de que seus trabalhadores integrem o quadro de servidores públicos municipais, contratados por concurso público, tanto nos programas já implantados quanto nos que vierem a ser implementados.
561. Garantir a educação permanente e fortalecer as ações em saúde mental das equipes da atenção básica - Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) - no cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.
562. Criar incentivos financeiros específicos para ações da atenção básica em saúde mental dirigidas à infância, adolescência e juventude.
563. Capacitar as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para que identifiquem precocemente o sofrimento psíquico na primeira infância, de tal forma que os encaminhamentos e intervenções, quando necessários, possam acontecer em tempo hábil.

### ***Com os Hospitais Gerais e Materno-infantis:***

564. Ampliar e assegurar, conforme a legislação vigente, o número de leitos em hospital geral para atenção às crianças e adolescentes em crise.
565. Assegurar a qualidade do cuidado e atenção à crise na infância e na adolescência no hospital geral, com equipe de saúde mental em articulação com o serviço de referência territorial, respeitando os princípios da reforma psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
566. Garantir que a internação por problemas de saúde mental ou decorrente do uso de álcool

e outras drogas em crianças e adolescentes ocorra, quando necessária, em Hospital Geral, assegurando o acolhimento e o acompanhamento dessa clientela através da articulação entre as equipes do hospital – clínica, odontológica e de saúde mental – e os dispositivos territoriais, tais como: CAPSi, CAPSad e demais equipes de saúde mental existentes no território.

567. Formar, nos hospitais materno-infantis, equipes de referência ou núcleos de apoio em saúde mental para o acompanhamento da tríade pai-mãe-bebê durante o período da gestação, do parto e do puerpério.

***Com a Educação:***

568. Garantir, para toda rede escolar, a estratégia de educação permanente na temática da saúde mental da infância e adolescência, segundo os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica.

569. Estabelecer um trabalho efetivo de integração e co-responsabilização entre os profissionais da saúde mental e da educação no que se refere à melhor abordagem das situações-problema surgidas no espaço escolar envolvendo crianças e adolescentes com sofrimento psíquico.

570. Garantir, através das equipes de saúde mental, a efetiva realização do apoio matricial às escolas, no sentido de evitar a estigmatização dos alunos com transtornos mentais e/ou daqueles com uso prejudicial de álcool e outras drogas.

571. Implantar projetos-piloto com objetivo de avaliar a efetividade da articulação entre a área da Saúde e da Educação no cuidado continuado de pessoas com autismo maiores de 18 anos, e de outros usuários adultos anteriormente atendidos em serviços de saúde mental infantis e juvenis.

572. Realizar a integração curricular de disciplinas que abordem a temática da prevenção e orientação em relação aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

***Com a Assistência Social:***

573. Criar, considerando a legislação vigente, grupo de trabalho intersetorial, com representação paritária da sociedade civil organizada, da saúde mental, da assistência social, assim como do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente, para a proposição de modalidades diferenciadas de moradia assistida para a população infantil e juvenil.

574. Estimular e apoiar os espaços de convivência comunitária já existentes no território sempre que o seu funcionamento estiver em consonância com as diretrizes nacionais da

política pública de saúde mental para a infância e a adolescência

575. Implantar dispositivos de convivência para crianças e adolescentes em situação de ameaça, violação de direitos (vulnerabilidade) ou sofrimento psíquico, conforme o estabelecido pela Política Nacional de Assistência Social/Sistema Único de Assistência Social (PNAS/SUAS), garantindo uma articulação permanente entre, e com, os recursos de saúde mental do território.

***Com o sistema de cumprimento de medida sócio-educativa:***

576. Criar projetos intersetoriais, que incluam a Secretaria de Saúde, Assistência Social, Cultura, Esporte e Lazer, setores da Justiça, do Sistema de Garantia de Direitos e os órgãos executores das medidas sócio-educativas, visando à integralidade do cuidado aos adolescentes em cumprimento de medidas sócio-educativas, de modo a assegurar a assistência em saúde mental, incluindo as demandas relativas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, assim como a convivência familiar e comunitária, a capacitação para o trabalho e o acesso a atividades de cultura e lazer.

***Com os Direitos Humanos:***

577. Garantir que os Estados implementem o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM), conforme Decreto N° 6.231, de 11 de outubro de 2007.

***Com os Conselhos Tutelares:***

578. Capacitar os conselheiros tutelares nas questões relativas à saúde mental de crianças e adolescentes.

**Suportes específicos às ações de cuidado**

579. Realizar audiência pública de modo a garantir, por Lei, o direito e os recursos públicos necessários para implantação definitiva do transporte coletivo gratuito para usuários e acompanhantes dos serviços de saúde mental infantis e juvenis (pessoas com sofrimento psíquico ou em uso abusivo de álcool e outras drogas), de acordo com os projetos terapêuticos próprios a cada caso e situação.
580. Disponibilizar intérpretes de LIBRAS na rede de serviços infantis e juvenis, sempre que necessário, para as crianças e os adolescentes com transtorno mental e deficiência auditiva.

## **Efetivação de estratégias colegiadas**

581. Criar Fórum Permanente, reunindo as instituições voltadas para abordagem de questões relacionadas à infância e adolescência, seguindo a modalidade dos Fóruns Intersetoriais Infantis e Juvenis.
582. Estimular a criação de associações de pais e familiares de usuários da rede de saúde mental intersetorial infantil e juvenil.
583. Criar espaços de discussão e articulação de profissionais e gestores da rede de atenção à saúde mental da infância e adolescência.

## **2.9 - Garantia do acesso universal em saúde mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/ etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outros condicionantes sociais na determinação da saúde mental**

### **Princípios e diretrizes gerais**

584. A IV CNSM-I reafirma a relevância de assegurar os princípios da integralidade, acessibilidade, intersetorialidade, e do respeito à identidade cultural, assim como de garantir o acesso universal aos cuidados em saúde mental.
585. Dessa forma, é imprescindível criar, implementar e fiscalizar políticas de promoção de igualdade e superação de preconceitos e estigmas relacionados a: raça/cor, etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos etários, população em situação de rua, trabalhadores do sexo, pessoas em privação de liberdade (em regime aberto e semi-aberto, imputáveis e semi-imputáveis, egressos do sistema penal), indígenas, indígenas desaldeados, pessoas com deficiência, mulheres e crianças em situação de violência doméstica e sexual, pessoas vivendo com o vírus HIV/AIDS e demais pessoas em situação de vulnerabilidade social.
586. Nesta perspectiva, assume centralidade assegurar meios para a implementação de estratégias eficazes para acolher questões de gênero, de raça/cor e etnia, LGBT e da diversidade, para que se incorporem como referências na rede de atenção à saúde mental, relacionados às questões específicas do racismo, do machismo, da LGBTfobia, da discriminação e de outros processos macroestruturais de ampla exclusão social, como aqueles que estão associados ao viver em situação de rua ou em privação de liberdade. Igualmente é necessário combater as desigualdades, os estigmas e os estereótipos, através da articulação dos programas de saúde da mulher, do homem, LGBT, do indígena, do idoso,

quilombolas e demais políticas específicas.

587. Neste sentido é fundamental, acolher, nos diferentes dispositivos da rede de atenção à saúde, as pessoas em situação de vulnerabilidade social, garantindo a desinstitucionalização e a inclusão e proteção social, na lógica da política de redução de danos e da luta antimanicomial.
588. Essas diretrizes implicam, dentre outros aspectos assinalados nas propostas, a garantia de sustentação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, assegurando a ampliação, implementação e composição de equipes, multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares em parceria com as Secretarias de Assistência Social, para promover o cuidado no território da população em situação de rua e em vulnerabilidade social, e ampliar a rede de serviços para o acolhimento de pessoas em situação de rua ou vulnerabilidade social.
589. Cabe destacar que se trata, também, de constituir uma cultura de respeito às diferenças e, nesta perspectiva, e no espírito da Lei n. 10.639/2003, de promover a inclusão, no currículo escolar brasileiro, de temas como o direito à diversidade étnica racial, a liberdade religiosa, a cultura indígena, assim como as políticas públicas que incluam a prevenção ao uso de álcool e outras drogas, e às DST, capacitando e sensibilizando os profissionais e os educadores.
590. De modo especial, essas diretrizes exigem fortalecer as políticas afirmativas, e desenvolver processos de educação permanente de forma a: qualificar os profissionais da rede de saúde mental intersetorial em direitos humanos, assim como os trabalhadores de saúde, saúde mental e intersetoriais, de níveis fundamental, médio e universitário, para atuar em saúde mental, com populações em situação de vulnerabilidade, e em redução de danos; e garantir a capacitação de equipes profissionais, com a participação dos usuários e dos saberes populares.
591. Em paralelo é fundamental garantir o fomento à pesquisa, assim como a criação, a implementação, e a efetivação de fóruns intersetoriais de discussão que contemplem esses temas.

Além destes princípios e diretrizes gerais foram também deliberadas as seguintes propostas:

#### **Ações intra e intersetoriais**

592. Acolher, nos diferentes dispositivos da rede de atenção à saúde, as pessoas em situação de vulnerabilidade social - profissionais do sexo, população em situação de rua, usuários de

álcool e outras drogas, usuários de serviços de saúde mental, portadores de doenças infecciosas, mulheres e crianças vítimas de violência doméstica e sexual, dentre outras-, garantindo a desinstitucionalização, a inclusão e proteção social, na lógica da política de redução de danos e luta antimanicomial.

593. Garantir a inclusão e o acesso universal aos cuidados em saúde mental e atendimento diferenciado nos serviços de saúde para as pessoas idosas, pessoas vivendo com HIV/AIDS, populações quilombolas e indígenas, LGBT, pessoas em situações-limite (em crise, desacompanhadas), pessoas com deficiência auditiva, pessoas com deficiência múltiplas, pessoas com deficiência visual, pessoas com deficiência intelectual, e descendentes de imigrantes pomeranos, respeitando as especificidades e peculiaridades culturais, o Decreto n. 5626, e as Leis n. 10.098 e n. 10436, no tratamento do sofrimento psíquico, e garantindo condições técnicas, materiais e recursos humanos necessários para a realização deste tipo de atendimento.
594. Garantir recursos/condições de trabalho tais como carro próprio para os CAPS e implementação de equipes multiprofissionais, interdisciplinares, transdisciplinares e intersetoriais, e ampliar a rede de serviços voltados ao acolhimento de pessoas em situação de rua ou vulnerabilidade biopsicossocial; e fomento para a criação e manutenção de dispositivos de moradias (albergues, abrigos, casas de passagem, repúblicas assistidas, casais, Serviços Residenciais Terapêuticos).
595. Implantar consultórios móveis, a fim de garantir a atenção em saúde mental às pessoas em situação de rua, principalmente aos que fazem uso de álcool e outras drogas, em municípios de pequeno, médio e grande porte, ou regionalizados, com financiamento das esferas federal, estadual e municipal, garantindo a manutenção deste serviço.
596. Garantir atendimento e comunicação para usuários com transtorno mental que apresentem deficiência múltiplas, deficiência auditiva, deficiência visual, e deficiência auditiva e visual, de acordo com o Decreto n. 5626 (Lei n. 10.098 - acessibilidade) e a Lei de LIBRAS nº 10.436.
597. Estabelecer metas específicas para melhorias dos indicadores de saúde mental da população negra, em especial atenção às populações quilombolas.
598. Criar, implementar e fiscalizar políticas de promoção de igualdade e superação de preconceitos e estigmas, relacionados à: raça/cor, etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos etários, população em situação de rua, trabalhadores do sexo, em privação de liberdade, (em regime aberto e semi-aberto, imputáveis e semi-imputáveis, egressos do sistema penal), indígenas, indígenas desaldeados, pessoas com deficiência, mulheres e crianças em situação de violência doméstica e sexual, pessoas vivendo com o



vírus HIV/AIDS e demais pessoas em situação de vulnerabilidade social. E definir: responsabilidades e competências dos diversos níveis de governo e setores; orçamento específico; serviços adequados para atender às particularidades loco-regionais (por exemplo, CAPS itinerante) e socioculturais.

599. Criar Grupo de Trabalho Intersetorial para avaliar as condições da assistência prestada às pessoas internadas em asilos, instituições de longa permanência, clínicas geriátricas e outras, conveniadas ou não com os Estados, municípios e governo federal visando à elaboração de propostas para a desinstitucionalização desta clientela.

### **Educação permanente, sistemas de informação, e fomento à pesquisa**

600. Qualificar para atuar em saúde mental e com populações em situação de vulnerabilidade os trabalhadores - níveis fundamental, médio e universitário - da atenção básica, da saúde mental, agentes sociais, educadores sociais e outros atores que lidam com população idosa, em situação de rua, e demais segmentos vulneráveis.

601. Garantir a capacitação e a formação em saúde mental de trabalhadores indígenas, quilombolas, pescadores, ribeirinhos, caiçaras, assentados e outros, provendo recursos específicos para esse fim.

602. Criar/ofertar cursos de formação e especialização em redução de danos no âmbito do SUS e garantir sua inclusão nas equipes de CAPSad e outros serviços destinados a usuários de álcool e outras drogas, bem como serviços de atenção e prevenção à HIV/AIDS e outras DST.

603. Desenvolver projetos de intervenção junto a povos e comunidades tradicionais - indígenas, quilombolas, pescadores, assentados, descendentes de imigrantes pomeranos e outros -, com vistas à capacitação e qualificação para tratamento em álcool e drogas e redução de danos para estas populações, considerando os saberes populares e o respeito às diferenças e especificidades culturais de cada comunidade.

604. Incluir o quesito raça/cor e etnia, de acordo com o IBGE, nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação dos serviços de saúde mental.

605. Fomentar a realização de pesquisas que desagreguem dados por sexo e idade ao tratar dos principais quadros clínicos entre os usuários negros nos serviços de saúde mental, que busquem compreender o impacto do racismo na subjetividade.

606. Garantir a realização de ações sociais, educativas, assistenciais e de fomento à pesquisa, a capacitação de equipes profissionais com a participação dos usuários e dos saberes populares, e a realização de ações intersetoriais.

## **Eixo III**

# **Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial**

### 3.1 - Direitos Humanos e Cidadania

#### Princípios e diretrizes gerais

607. No atual processo de transformação da política e assistência em saúde mental no país, um dos temas mais fundamentais para a mudança das práticas psiquiátricas convencionais é o dos direitos humanos. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma a necessidade de garantir o acesso a tratamento adequado sem qualquer forma de violação dos direitos humanos, impedindo tratamentos cruéis ou degradantes, entre eles as internações prolongadas e maus tratamentos físicos aos internos nos hospitais psiquiátricos, bem como requer identificar e estabelecer sanções a políticas e serviços públicos que excluam os cidadãos em sofrimento psíquico.
608. Entre as várias diretrizes aprovadas nesta direção, se destaca a proposição de um marco legal para a abolição das práticas de tratamento cruel ou degradante, como lobotomia, psicocirurgia, eletroconvulsoterapia (ECT), contenções físicas e químicas permanentes, internações prolongadas e maus tratamentos físicos contra pessoas em sofrimento psíquico. É enfatizada também a necessidade de fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância acerca dos casos de violência, cárcere privado e morte de pessoas em sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia e tratamento, e unidades prisionais e domicílios, garantindo a notificação compulsória.
609. Para isso, é preciso fortalecer os Conselhos de Saúde, suas Comissões de Saúde Mental e Conselhos de Direitos Humanos, para que averiguem, com a participação de usuários, a violação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico nos hospitais psiquiátricos, principalmente no que se refere às mortes por violência. Outra medida adicional é a criação, nas três esferas de governo, de uma comissão permanente de direitos humanos que atue junto ao Ministério Público, envolvendo de forma paritária usuários, trabalhadores e gestores. Além disso, também se requer articular, sensibilizar e capacitar as Secretarias de Segurança Pública (delegacias de grupos vulneráveis, Institutos de Medicina Legal-IML e outras delegacias) e órgãos afins, para garantir escuta especializada à pessoa com transtorno mental que sofre violência ou agressão.
610. Nesta mesma direção, a IV Conferência reitera a importância de efetivar a implementação da Política Nacional de Humanização nos serviços de saúde mental, qualificando a atenção aos usuários, e particularmente de assegurar a formação permanente das equipes profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), das

equipes de emergência em saúde mental, dos profissionais da segurança pública (policiais e bombeiros), segundo os princípios do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Humanização e da Lei 10.216, para a realização de abordagem adequada em situações de urgência e emergência psiquiátrica.

611. Outra medida aprovada é a revisão das interdições judiciais das pessoas com sofrimento psíquico, com suspensão imediata das curatelas nos casos em que forem constatadas negligência e situação de abandono em instituição asilar pelos respectivos curadores.

612. A IV CNSM-I também chama a atenção para os componentes educacionais e culturais que promovem os direitos humanos. Neste campo, enfatizam a necessidade de cursos permanentes de formação em direitos humanos para usuários, familiares e profissionais, incentivando a capacidade de auto-confiança; de se promover campanhas educativas em todos os níveis; e de inserir a temática "Direitos Humanos e Saúde Mental" na Política Nacional de Educação, nas três esferas de governo, garantindo espaço de diálogo, debate e possibilidade de prevenção da violência e construção da cultura de paz. Além disso, é reafirmada a importância do aperfeiçoamento contínuo e permanente do currículo das diferentes formações, qualificando os profissionais em direitos humanos e cidadania. E no âmbito mais geral da sociedade, é preciso garantir direitos culturais na esfera social, política e econômica, qualificando a assistência à saúde socioambiental, da criança ao idoso, e às pessoas com deficiência, promovendo a arte, a cultura de paz e o lazer.

613. Outro tema fundamental dos direitos humanos no campo da saúde mental é o combate ao estigma e o respeito à diversidade. A IV Conferência reafirma a importância da aplicação da Lei 10.216 e da Constituição Federal no tocante ao enfrentamento dos preconceitos referentes à saúde mental, assim como de garantir a equidade dos cidadãos, de forma a assegurar o respeito à diversidade e às diferenças étnico-raciais, de gênero, orientação sexual, de grupos geracionais (idosos, adolescentes e crianças), de pessoas com patologias e doenças raras, das pessoas com DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e particularmente HIV/AIDS, da população em situação de rua ou em situação de privação de liberdade e em presídios, de pessoas com deficiência, entre outras, em todas as estratégias públicas, eventos e conferências de saúde e saúde mental. Para isso, é preciso promover políticas públicas específicas que garantam a inserção social de todas as populações excluídas, tais como negras, indígenas, LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), em situação de rua, de religiões de matriz africana, pessoas em sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas. Para todas estas pessoas, é fundamental também garantir, em todos os níveis de atenção, o atendimento humanizado e qualificado às

pessoas com sofrimento psíquico, sem qualquer tipo de discriminação ou desrespeito, bem como assegurar processos de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate a todas as formas de racismo e de discriminação.

614. A promoção dos direitos humanos também implica a conquista de direitos sociais mais amplos. A IV Conferência ratifica a necessidade de criar políticas de incentivo e garantir, nas três esferas de governo, o exercício efetivo dos Direitos Universais aos usuários dos serviços de saúde mental e de álcool e drogas, inclusive daqueles em situação de rua, como o de moradia (inclusive nos casos de afastamento do convívio social), transporte, lazer, esporte, educação, cultura, inclusão digital e universalidade, acessibilidade e integralidade à saúde, nas três esferas de governo. Nesta mesma direção, aponta a necessidade da criação de espaços abertos de lazer e cultura nos bairros, e em especial os Centros de Convivência, mediante portaria ministerial, em parceria e com financiamento intersetorial, com as áreas de saúde, educação, assistência social, cultura, comunicação, esporte, lazer, movimentos sociais/associações de familiares e usuários.
615. Ainda neste campo dos direitos sociais, A IV Conferência também ressalta de forma especial a importância da inclusão dos usuários da rede de saúde mental pelo trabalho, estimulando a sua autonomia e auto-estima, bem como de isenção tarifária de transporte coletivo municipal e intermunicipal para todos os usuários e seus acompanhantes, inclusive dos serviços de álcool e drogas, que necessitem se deslocar durante seu tratamento. Além disso, é também ratificada a necessidade de garantir os direitos de acesso e à obtenção de documentos pessoais e de se ter acompanhante em todos os casos de internação.
616. É reiterada ainda, como uma questão fundamental no campo dos direitos humanos em saúde mental, a necessidade de assegurar condições dignas de trabalho na rede, para que os profissionais tenham condição de realizar um atendimento qualificado e possam, assim, garantir o respeito aos direitos humanos dos usuários.
617. E finalmente, a IV Conferência reafirma a importância de se elaborar uma Declaração de Direitos Humanos para Pessoas em sofrimento psíquico e da realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental de quatro em quatro anos.

Além destas diretrizes mais gerais, também foram aprovadas as seguintes propostas:

#### **Defesa contra a violação de direitos**

618. Articular os serviços de saúde mental com órgãos de justiça e direitos humanos para atendimento e acompanhamento aos usuários de saúde mental no fortalecimento de seus direitos.

619. Instituir uma comissão fiscalizadora no âmbito da Secretaria Nacional de Direitos Humanos (SNDH), com correspondente nos estados e municípios, e com a participação de usuários, conselhos profissionais, representantes do Poder Judiciário/Ministério Público e Poder Executivo (Secretarias de Segurança Pública e Justiça), principalmente no que se refere à questão das mortes por violência.
620. Tomar medidas efetivas em relação aos casos de violação dos Direitos Humanos nos Hospitais Psiquiátricos, e em outros serviços governamentais e não governamentais que violem estes direitos.
621. Garantir proteção aos defensores de direitos humanos, visto que com frequência e facilidade os hospitais psiquiátricos permanecem impunes e ainda se julgam no direito de requerer indenização, como forma de silenciar os defensores de direitos humanos no campo da reforma psiquiátrica antimanicomial.

### **Educação e garantia de direitos**

622. Promover e incentivar grupos de debates nas comunidades com usuários de saúde mental para distribuição e divulgação da cartilha dos direitos dos usuários, inclusive em braille.
623. Realizar, nas três esferas de governo, cursos permanentes de formação em direitos humanos para usuários, seus familiares e profissionais, em parceria com universidades, fundações, institutos e Organizações Não - Governamentais (ONGs).
624. Criar, através de parcerias intersetoriais, cursos de capacitação para os cuidadores das pessoas em sofrimento psíquico, com financiamento das três esferas de governo.
625. Fomentar junto ao Ministério da Educação (ME), ao Ministério da Saúde (MS) e a outros órgãos, o aperfeiçoamento contínuo e permanente do currículo das diferentes formações, qualificando os profissionais em direitos humanos e cidadania, com a finalidade de aprimorar o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, usuários de álcool e outras drogas, e pessoas com deficiências.
626. Incluir na grade curricular de diferentes formações acadêmicas, disciplina com foco em atendimento ao portador de sofrimento psíquico e/ou necessidade especial, aprimorando e qualificando os profissionais de distintas áreas.

### **Legislação e bases normativas**

627. Ativar o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, segundo a Portaria Interministerial nº 1.055, de 17 de maio de 2006, do Ministério da Saúde (MS) e Secretaria

Especial de Direitos Humanos (SEDH) e, com sua ativação, criar e implementar um Grupo de Trabalho para elaboração de proposta de Declaração de Direitos Humanos para Pessoas em Sofrimento psíquico.

628. Criar parceria entre os serviços de saúde e poder judiciário para garantir a aplicação da Lei 10.216/2001, da Portaria Interministerial 1.777/2003 e do Sistema Nacional de Atendimento Sócio-Educativo (SINASE).

### **Combate ao estigma e respeito à diferença e à diversidade**

629. Criar mecanismos para conscientização da sociedade quanto aos direitos e cidadania da pessoa em sofrimento psíquico, oferecendo tratamento igualitário e não exclusão, possibilitando a convivência, o respeito à diversidade, e a oferta de acessibilidade aos direitos sociais.

630. Implementar, nas três esferas do governo, processos de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate a todas as formas de racismo e de discriminação, visando a redução das desigualdades étnico-raciais no campo da Saúde Mental.

631. Construir políticas públicas intersetoriais que garantam a reabilitação e a ressocialização do paciente após a alta do atendimento de crise, com o compromisso dos gestores e qualificação dos profissionais, nas quais o usuário seja aceito sem preconceito e a família participe desse processo de reabilitação, garantindo em todos os níveis de atenção o atendimento humanizado e qualificado às pessoas com sofrimento psíquico, sem qualquer tipo de discriminação ou desrespeito.

632. Criar programa intersetorial de cidadania, com foco na saúde mental e de acordo com os direitos humanos, considerando que no campo específico da saúde mental a luta se deve centralizar principalmente em ações de combate ao preconceito dirigido à loucura nos diversos grupos sociais, garantindo a diversidade social.

633. Garantir o respeito ao uso do nome social de travestis e transexuais em todos os documentos e serviços do Sistema Único de Saúde, conforme o postulado na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006), inciso I do Princípio 3º, de modo a corroborar o entendimento de que a LGBTfobia (fobia contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) e o desrespeito à identidade de gênero constituem importante fator de vulnerabilização em Saúde Mental.

634. Implantar estratégias de atenção, sob enfoque de gênero, à saúde mental das mulheres para: 1) melhorar a informação sobre as mulheres com sofrimento psíquico no SUS; 2) qualificar a atenção à saúde mental das mulheres; 3) incluir o enfoque de gênero e de raça

na atenção às mulheres com sofrimento psíquico; 4) promover a integração com setores da sociedade civil, fomentando a participação nas definições da política de atenção às mulheres com sofrimento psíquico; 5) defender que a descriminalização do aborto seja uma realidade no país e que os serviços de saúde viabilizem esse procedimento.

635. Garantir assistência à demanda de saúde mental das pessoas com DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis, como a /HIV/AIDS) nos CAPS, incluindo ações de prevenção nesta área, nas hepatites, em tuberculose, e o acesso a todas as vacinas disponibilizadas no SUS.
636. Garantir que as pessoas em sofrimento psíquico em situação rua sejam atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sem discriminação - através de equipes capacitadas e que trabalhem em rede -, mesmo sem portar documentos, promovendo ações que garantam a integralidade de cuidados e criando protocolos de atendimento em parceria com a rede de saúde e de assistência social.
637. Fortalecer ações junto ao Poder Judiciário e ao Ministério Público, a fim de garantir direitos humanos às pessoas em sofrimento psíquico/usuários de serviços de saúde mental, por exemplo, usuários em situação de privação de liberdade e em presídios.

#### **Direitos humanos, garantia dos direitos sociais e acesso a bens e serviços**

638. Garantir às pessoas com sofrimento psíquico, em situação de vulnerabilidade social, o acesso à cidadania por meio de políticas públicas: assistência social, justiça, segurança, saúde, educação, etc.
639. Elaborar e garantir projetos com a rede intersetorial, com o tema “Direitos Humanos e Cidadania”, com fins de capacitação profissional e de possível (re)colocação dos usuários no mercado de trabalho.
640. Garantir o acesso das pessoas em sofrimento psíquico a cursos técnicos, profissionalizantes e universidades, visando à inserção no mercado de trabalho.
641. Estabelecer mecanismos para maior articulação e equidade da rede de serviços de saúde, para que pessoas em sofrimento psíquico tenham atendimento equânime na referida rede, em especial em situações-limite, como em surto e/ou desacompanhado, sem documentação pessoal, em condições precárias de higienização e/ou em estado de uso abusivo de álcool e outras drogas.
642. Garantir que o Ministério da Saúde se articule com o Ministério do Transporte e as Secretarias de Transporte, visando à isenção tarifária de transporte coletivo municipal e intermunicipal para todos os usuários que necessitam se deslocar durante seu tratamento,



assim como ao seu acompanhante, a partir de parecer psicossocial da equipe de saúde, conforme projeto terapêutico individual. Em caso de eventual indeferimento de pedido individual, que o recurso seja submetido a uma junta interdisciplinar criada para isso, também de natureza psicossocial.

643. Garantir por parte do município o acesso e a permanência no tratamento dos usuários de serviços de saúde mental e de álcool e outras drogas, bem como direito ao transporte, através de parcerias para provisão direta de transporte adequado e/ou disponibilização de vales-transportes, segundo as necessidades dos usuários verificadas pelos serviços.
644. Garantir, nos termos da Portaria 336/02, o transporte para uso exclusivo dos serviços de saúde mental no tocante à visita domiciliar e aos cuidados às pessoas com transtornos mentais, preservando a integridade física e moral do usuário.
645. Garantir o direito à moradia, particularmente no sentido de responder às demandas habitacionais dos usuários da saúde mental, quando em vulnerabilidade social.
646. Garantir mecanismos que agilizem o processo de obtenção de documentação tardia, através do estabelecimento de fluxos e parcerias com os órgãos competentes, em articulação com os serviços de saúde, bem como com a Defensoria Pública e o Ministério Público.
647. Efetivar e disponibilizar, nas três esferas de governo, recursos à Educação Inclusiva, instrumentalizando, ampliando, qualificando e integrando profissionais das áreas de Saúde, Educação e Assistência Social.
648. Implantar meia entrada em espaços de cultura e lazer para pessoas com sofrimento psíquico e seus cuidadores/acompanhantes em todos os municípios.
649. Articular ações conjuntas com as Secretarias de Cultura, na promoção de espaços abertos de lazer e cultura nos bairros, em especial nos finais de semana, visando possibilitar o acesso de todos a ações culturais e de lazer.

### **Direitos trabalhistas de usuários, familiares e profissionais**

650. Garantir ao usuário de saúde mental e a seu cuidador, mediante a criação de base legal específica, o direito de ausentar-se do trabalho para os atendimentos necessários ou para participação em atividades inerentes ao tratamento, mediante: a) laudo médico na situação de ser necessário afastamento prolongado, b) declaração de técnicos dos serviços de saúde mental para ausências eventuais.
651. Desenvolvimento de trabalho intersetorial (Assistência Social, Poder Judiciário, Ministério Público, Saúde, Trabalho, Educação, Cultura, Ciência e Tecnologia, etc) para orientação e empoderamento do usuário para garantir o cumprimento dos direitos trabalhistas previstos na Constituição, tais como afastamento do trabalho para tratamento de saúde, inclusive

saúde mental; proteção contra demissões irregulares após realização de tratamentos ou por discriminação e preconceito; e contra assédio moral, entre outros problemas.

652. Sensibilizar os diversos setores trabalhistas para garantir ao funcionário o acesso ao cuidado a sua saúde, por meio da liberação deste para tratamento, sem ônus para sua renda e sem assédio moral.
653. Redução da jornada de trabalho dos trabalhadores no Brasil visando viabilizar condições e possibilidades de tempo físico para o lazer.
654. Reduzir para 30 horas semanais a carga horária dos profissionais de Saúde Mental, sem redução salarial.

## **3.2 - Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária**

### **Princípios e diretrizes gerais**

655. O aprofundamento da reforma psiquiátrica e da conseqüente reorientação e ampliação da atenção em saúde, na perspectiva da integralidade e intersetorialidade, implica em criar e implantar, nas três esferas de governo (municipal, estadual/distrital e federal), uma política de inclusão produtiva no mercado formal de trabalho e de criação de projetos de trabalho e renda para as pessoas com transtornos mentais, com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ou ainda para presidiários ou egressos do sistema prisional com transtornos mentais.
656. Para isso, é necessário desenvolver, fortalecer e qualificar, através de articulação intersetorial (assistência social, trabalho, educação e cultura), programas de geração de emprego/renda, economia solidária e programas de sustentabilidade, capazes de assegurar o direito ao trabalho e garantir a melhoria da renda familiar, a continuidade do tratamento, a promoção da qualidade de vida e a integridade física e mental dos usuários dos serviços de saúde mental, resgatando neles a dignidade de ser sujeito, o exercício da cidadania e o sentimento de inclusão nos diversos meios sociais.
657. Várias propostas também enfatizam, de forma particular para o campo da saúde mental, a importância da ampliação da Política de Economia Solidária e Inclusão Social e do Programa Nacional de Cooperativismo Social. Nestes, é ressaltada a centralidade do protagonismo dos usuários e familiares, incentivando a formação de associações de usuários e familiares e ações que produzam a participação em eventos sócio-culturais baseados nestes

princípios, a geração de trabalho e renda sustentáveis, a melhoria da qualidade de vida, o fortalecimento dos vínculos, a socialização e inserção social, e a promoção de autonomia e auto-estima de usuários e familiares, levando em conta as suas potencialidades e demandas particulares.

658. Isso exige criar linhas de financiamento intersetorial nas três esferas de governo, uma política tributária e subsídios diferenciados, bem como implementar incentivos para que as empresas viabilizem esta inclusão no mercado formal de trabalho e assegurem os respectivos direitos trabalhistas e benefícios sociais. Também é necessário potencializar e ampliar programas já existentes, como o Programa Primeiro Emprego, os vários programas de reabilitação profissional e de trabalho protegido.

659. Em paralelo, esta perspectiva implica também em garantir, através do fomento e desenvolvimento de programas intersetoriais, a acessibilidade à educação, a melhoria do nível de escolaridade, a inclusão digital e a capacitação técnica para o trabalho de todo este conjunto dos usuários da rede de saúde mental. Para isso, é lembrada a importância das parcerias com o Serviço Social da Indústria (SESI), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), e com o Plano Nacional de Qualificação Profissional do Ministério do Trabalho.

Além destes princípios mais gerais, também foram aprovadas as seguintes propostas mais específicas:

### **Financiamento e incentivos para o trabalho**

660. Criar Emenda Orçamentária que priorize o consumo pelas instituições governamentais dos produtos das oficinas de geração de renda ligadas aos serviços da rede de saúde mental.

661. Introduzir na Lei de Licitações (Lei 8.666) critérios que possibilitem a participação dos empreendimentos de economia solidária da saúde mental e outros nos processos de compras públicas.

662. Destinar um percentual dos recursos oriundos dos fundos públicos, nas três esferas de governo, para a implantação de projetos de geração de renda e economia solidária voltados para os usuários dos serviços de saúde mental e desenvolvidos, em parceria com o comércio justo, por associações de usuários, familiares e outras afins, com a garantia de que os projetos a serem implantados incluam estratégias para o escoamento dos produtos, respeitem os princípios e diretrizes da economia solidária e assegurem o papel disparador dos serviços substitutivos no estabelecimento dessa prática de inserção social.

663. Instituir uma política tributária diferenciada, com mecanismos regulatórios, redução de impostos e outros subsídios, de modo a criar uma linha de financiamento a fundo perdido ou rotativo para os projetos de cooperativismo social e de empreendimentos produtivos voltados para os usuários dos serviços de saúde mental.
664. Instituir nos três níveis de governo a Bolsa-Trabalho para os usuários e familiares empreendedores solidários dos serviços de saúde mental, capacitando-os tecnicamente para o trabalho solidário, e assegurando, através da definição de critérios, prazos e modo de devolução, com avaliações periódicas, o escoamento das produções e a sustentabilidade do empreendedor e do empreendimento.
665. Garantir a ampliação e a regularidade dos recursos do Governo Federal, Portaria 1.169/2005, voltados para projetos de geração de trabalho e renda destinados a pessoas com transtornos mentais e a pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas.
666. Criar linhas de financiamento (a fundo perdido ou rotativo) que favoreçam o acesso a recursos tecnológicos e facilitem a aquisição de matérias primas, máquinas e equipamentos destinados a projetos de geração de renda e empreendimentos produtivos desenvolvidos pelos usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares.

### **Estratégias para geração de renda**

667. Garantir o fomento de programas de inclusão produtiva para usuários da rede pública de saúde mental, participantes de projetos ou empreendimentos coletivos de trabalho, com critérios definidos e por tempo determinado, de modo a garantir a sustentabilidade dos usuários e dos empreendimentos produtivos.
668. Solicitar ao Ministério da Saúde que recomende enfaticamente para que as unidades de atenção integral à saúde mental incluam em seus projetos terapêuticos mecanismos de acompanhamento dos usuários em sua inserção no mercado de trabalho, de acordo com o disposto no programa federal saúde mental e economia solidária.
669. Garantir a implementação de programas de geração de renda para pessoas com transtornos mentais através da criação de convênios com redes de abrangência nacional.
670. Incentivar as associações de usuários e familiares dos serviços de saúde mental, de modo a favorecer a criação de projetos de geração de renda e a capacitação dos usuários, respeitando as habilidades individuais, para a confecção de produtos e prestação de serviços, possibilitando assim a atuação destes como profissionais autônomos ou como trabalhadores inseridos no mercado de trabalho, estimulando também as parcerias com as universidades públicas.

671. Regularizar, na Política Nacional de Saúde Mental, a implantação e consolidação dos projetos e oficinas de geração de trabalho e renda, priorizando a sua realização em sedes próprias, fora dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), reafirmando que o espaço destinado ao acolhimento de pessoas com transtornos mentais e particularmente à crise (Centro de Atenção Psicossocial) deve ser distinto do espaço de trabalho.
672. Implantar, em áreas urbanas e rurais, a partir da articulação entre os Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Agrário e das Cidades, projetos de agricultura familiar com sustentabilidade ambiental voltados para famílias vinculadas à rede de saúde mental.
673. Garantir, através de legislação específica, mecanismos de estímulo à comercialização de produtos oriundos da economia solidária, como por exemplo um percentual de espaço em atividades de culturais e comerciais nas cidades (feiras, eventos populares, culturais e outros), com divulgação na mídia, para a comercialização os produtos oriundos dos serviços, dos movimentos sociais, das associações de usuários e familiares e dos empreendimentos solidários de usuários da saúde mental e de outros indivíduos em vulnerabilidade social.

### **Inserção no Mercado Formal de Trabalho**

674. Desenvolver políticas de inclusão social para as pessoas com transtornos mentais, ampliando as leis que criam cotas de trabalho em empresas públicas e privadas e incentivando a criação de cooperativas, oficinas de geração de renda e entidades de economia solidária, de modo a promover a autonomia e valorização pessoal.
675. Oportunizar a criação de vagas de trabalho em empresas, com flexibilidade de carga horária e/ou função, para os usuários dos serviços de saúde mental e para aqueles liberados pelo INSS após o tratamento, aumentando a inclusão através do Programa Primeiro Emprego, e dos vários programas de reabilitação profissional e de trabalho protegido.
676. Garantir que as unidades de atenção integral à saúde mental incluam em seus projetos terapêuticos mecanismos de acompanhamento dos usuários em sua inserção no mercado de trabalho, de acordo com o disposto na política nacional de saúde mental e de economia solidária.

### **Estímulo ao Cooperativismo e Economia Solidária**

677. Fomentar e fortalecer, de maneira intersetorial, cooperativas populares, associações, núcleos e iniciativas de geração de trabalho e renda, com base nos princípios da economia solidária, com a finalidade de incluir nos projetos ou fomentar a produção e comercialização

de bens e serviços diretamente pelos usuários da rede de saúde mental, garantindo apoio técnico e jurídico no processo de organização, capacitação e comercialização de seus produtos.

678. Criar, através de articulação intersetorial, equipes de economia solidária envolvendo os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e outros segmentos sociais do território, com o objetivo de mediar e articular os projetos de trabalho e geração de renda com a rede social local, ampliando com esta estratégia a política pública de saúde mental e trabalho.
679. Promover a criação de Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), através do financiamento intersetorial da infraestrutura e dos recursos humanos e materiais necessários ao pleno funcionamento das oficinas.
680. Propor alteração da Lei de Cooperativas Sociais com o reconhecimento dos empreendimentos sociais e de outros grupos.
681. Propor adequação e flexibilização da legislação referente às cooperativas para que esta inclua indivíduos em situação de vulnerabilidade social e garanta investimentos intersetoriais a nível nacional, estadual e municipal para a sustentabilidade de projetos de inclusão social pelo trabalho na área de saúde mental.

### **Direitos Relacionados ao Trabalho**

682. Assegurar, legalmente, que os atestados de sanidade mental exigidos para a ocupação de cargos públicos sejam substituídos por atestados de capacidade para o trabalho, visto que os atestados de sanidade mental excluem as pessoas com transtornos mentais mesmo quando estas não se encontram permanentemente incapacitadas para o trabalho.
683. Garantir o Benefício de Prestação Continuada (BPC) aos usuários dos serviços de saúde mental, mesmo estando estes inseridos em cooperativas sociais.
684. Garantir a Seguridade Social aos participantes do cooperativismo social e mecanismos de incentivos com redução de impostos.
685. Implicar as instâncias federais competentes – Ministérios do Trabalho e da Previdência Social, Secretarias, Conselhos Profissionais e outros – no reconhecimento da mudança operada sobre o conceito de deficiência na Convenção da Organização das Nações Unidas, ratificada pelo Brasil em 2008, que coloca o foco nas barreiras atitudinais e ambientais que impedem a inclusão social na comunidade e no mercado de trabalho.

## **Educação e Capacitação para o Trabalho**

686. Reforçar as parcerias para inclusão digital das pessoas com transtornos mentais.
687. Viabilizar e promover, através de incentivos, incubadoras e outras iniciativas semelhantes (cooperativas, sociedades e organizações não governamentais) que capacitem as pessoas com transtornos mentais e seus familiares para o empreendedorismo, para a atividade produtiva e para a comercialização do produto final, segundo os princípios da economia solidária.
688. Garantir, por meio de lei, em parceria com entidades como o Serviço Social da Indústria (SESI), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas empresas (SEBRAE) e outros, vagas para pessoas com transtornos mentais e com uso prejudicial de álcool e outras drogas em cursos de qualificação profissional adequados às realidades regionais e que ofereçam uma formação técnica capaz de facilitar o acesso ao mercado de trabalho, segundo princípios da economia solidária.
689. Destinar às pessoas com transtornos mentais vagas no Plano Nacional de Qualificação Profissional do Ministério do Trabalho e em outros projetos da mesma natureza.

## **3.3 - Cultura e Diversidade Cultural**

### **Princípios e diretrizes gerais**

690. A consolidação do processo de reforma psiquiátrica requer a criação e implantação de políticas públicas na interface da cultura, da saúde e da saúde mental que promovam a participação de pessoas com sofrimento psíquico. Faz-se necessária a implantação de políticas específicas e permanentes de apoio às iniciativas artísticas e culturais destas pessoas, com dispositivos intersetoriais em âmbito federal, estadual, interestadual, municipal e local, visando a sua inserção social, a produção cultural e a geração de trabalho e renda, incluindo mecanismos e estratégias de divulgação, circulação e escoamento de suas obras e produtos. Da mesma forma, é necessário garantir, nas três esferas de governo, que as instâncias públicas de produção, divulgação e distribuição de produtos culturais realizem eventos e ações que possibilitem a efetiva concretização das ações culturais praticadas nos serviços substitutivos.

691. Para que tais objetivos sejam atingidos, é indispensável garantir recursos públicos, materiais e humanos, nas três esferas de governo, para incentivo da produção artístico-cultural dos usuários de serviços de saúde mental, para a promoção de parcerias com instituições ligadas à cultura e para realização de atividades artísticas, desportivas e culturais, de maneira intersetorial. Além disso, é necessário disponibilizar espaços da rede social, viabilizados através de recursos municipais, estaduais e federais, para realização de atividades culturais diversificadas de inserção das pessoas com sofrimento psíquico, particularmente os Centros de Convivência e os Centros e Pontos de Cultura, contemplando também os vários aspectos da diversidade geracional, cultural e étnica.

Além dessas diretrizes e princípios, também foram aprovadas as seguintes propostas:

### **Financiamento e Editais**

692. Utilizar a Lei de Incentivo à Cultura (Lei Rouanet) em benefício das produções culturais das pessoas com sofrimento psíquico, viabilizando o financiamento das mais diversas modalidades artístico-culturais (exposição, dança, teatro, música, entre outros).

693. Viabilizar co-financiamento junto ao Ministério da Cultura para o fomento às políticas de educação e lazer que estimulem o protagonismo, produção e potencialidade dos usuários dos serviços, com ênfase nas atividades de arte, arte terapia, teatro, música, dança, poesia e práticas esportivas, e outras expressões culturais, respeitando a cultura regional, com o objetivo de inserção social.

694. Assegurar percentual de vagas no edital de Pontos de Cultura para experiências/ações culturais que contemplem a interface saúde mental/cultura.

695. Garantir que seja criado na Lei de Diretrizes Orçamentárias o fundo próprio para a execução de programas de atendimento da diversidade cultural do usuário de serviços de saúde mental, os quais devem ser elaborados pelo Ministério da Saúde e Ministério da Cultura.

696. Ampliar e fortalecer os recursos do Ministério da Cultura em parceria com o Ministério da Saúde, do programa da Rede Cultura e Saúde para as oficinas, projetos de arte e cultura e demais trabalhos desenvolvidos por usuários dos serviços de saúde mental.

697. Garantir que 1% dos lucros líquidos das indústrias de tabaco e bebidas alcoólicas seja revertido para criação de um fundo de incentivo a cultura destinada às ações de promoção da área da saúde mental.

698. Garantia de recursos públicos para criação e desenvolvimento de projetos culturais



afinados com os princípios da reforma psiquiátrica, para municípios com menos de 20 mil habitantes.

699. Garantir e dar visibilidade às iniciativas e projetos culturais desenvolvidos no campo da Saúde Mental que garantam a inclusão, destacando a regionalização, garantindo no mínimo um edital por ano de cada segmento (Esporte, Cultura, Saúde, Trabalho, Assistência Social) nas três esferas de governos.
700. Garantir a criação de editais e portarias específicas destinadas a fomentar atividades artísticas e culturais na saúde mental infantil e juvenil, respeitando a especificidade deste campo.
701. Garantir, nas três esferas governamentais, a criação de um fundo para ações e projetos artístico-culturais e esportivos na saúde mental, destinado ao município de pequeno porte, a ser aplicado em intervenções a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, como política de promoção de saúde.
702. Criar editais específicos que garantam financiamento para produções artísticas e culturais voltadas para o campo da saúde mental e a inclusão desta temática nos editais já existentes.
703. Elaborar editais conjuntos (Ministérios da Saúde, Educação, Cultura, Assistência Social, Esportes, dentre outros), de fomento e pesquisa, visando à implantação de espaços e/ou Centros de Convivência dirigidos a atividades de cultura, lazer, esporte e produção social.
704. Ampliar e tornar público o incentivo financeiro com recursos públicos para manifestações artístico-culturais e eventos em espaços públicos (Semanas de artes, festivais etc.) promovidos por associações de usuários dos serviços de saúde mental e serviços substitutivos.

### **Políticas de Pesquisa, Extensão e Profissionalização para a Cultura**

705. Criar políticas públicas de pesquisa e extensão em instituições de ensino superior e técnico para projetos culturais no campo da saúde mental.
706. Defender a inclusão, pelo Ministério da Cultura, das pessoas com sofrimento psíquico como público-alvo das políticas e programas de profissionalização artística e formação de agentes culturais.
707. Estimular, de forma intersetorial, o monitoramento, avaliação e acompanhamento da formação de profissionais para o campo da cultural, lazer, esporte e produção cultural.

## **Centros de Convivência e Cultura, Pontos de Cultura, e Outros Espaços**

708. Criar portaria ministerial para implantação de Centros de Convivência, garantindo parceria e financiamento intersetorial entre saúde, educação, assistência social, cultura, comunicação, esporte, lazer, movimentos sociais/ associações de familiares e usuários.
709. Criar e construir os Centros de Convivência e Grupos de Atividades, envolvendo coordenadores intersetoriais e atores sociais, em todas as regiões administrativas (Distrito Federal) e municípios, a partir da promoção de educação, cultura, lazer, esporte, capacitação e trabalho.
710. Criar Centros de Convivência, cultura e lazer e outros espaços alternativos para adultos, crianças e adolescentes, com e sem deficiência e transtornos mentais, contando com equipe multiprofissional (profissionais de saúde, cultura, esporte, educação, jornalismo, administradores, dentre outros).
711. Estabelecer parceria entre os Ministérios da Cultura e da Saúde com vistas à inclusão dos Centros de Convivência no Programa Cultura Viva (Pontos de Cultura), favorecendo assim o acesso das pessoas com sofrimento psíquico aos espaços de produção cultural e às políticas culturais.
712. Incentivar o fomento e a disseminação de “Pontos de Cultura” em prédios públicos nos diversos estados, garantindo o funcionamento e a continuidade de ações conjuntas com a participação de profissionais, associações de usuários e familiares de saúde mental, artistas com projetos culturais, bem como toda comunidade.
713. Criar, ampliar e regionalizar os Centros Culturais nos municípios, a partir de projetos de incentivo à cultura, por meio de políticas públicas, e desenvolver atividades recreativas através de espaços multiuso, como Centros de Convivência, oficinas nos Centros de Referência Especializada de Assistência Social, Centros de Referência de Assistência Social e Unidades de Saúde, realizando feiras com exposição de artesanato, eventos culturais, passeios e outras atividades.
714. Incentivar a criação e manutenção de ambientes lúdicos, articulados com os serviços substitutivos de saúde mental, para o desenvolvimento de atividades artísticas e culturais em escolas públicas, instituições educacionais sem fins lucrativos, museus, hospitais e espaços comunitários.
715. Criar portarias que implantem e regulamentem Centros de Convivência para ações de cultura, lazer, esporte e produção social, em todo território nacional, como um dos serviços da rede substitutiva, incluindo a atenção à infância e à juventude, contemplando projetos e empreendimentos desenvolvidos por usuários, familiares e profissionais de saúde mental,

com a participação de pessoas da comunidade e possibilitando uma efetiva inserção nas redes sociais do território.

716. Aproveitar os espaços já existentes e criação de novos espaços e projetos de recreação (academia ao ar livre, salas de recreação, infocentro etc.), culturais (cursos de teatro, aula de música, etc.), esportivos e centros de convivências nas zonas urbana e rural, garantindo a acessibilidade às pessoas com sofrimento psíquico e/ou que fazem uso de álcool e outras drogas, com o objetivo de reinseri-las na sociedade.
717. Estimular a criação de grupos de cultura e associações culturais que incentivem a inserção social das pessoas com sofrimento psíquico, estabelecendo também parcerias com setores da cultura e educação como forma de integração cultural.
718. Criar fórum permanente de discussão e troca de experiências entre projetos coletivos de saúde mental e cultura existentes no país.

### **Estímulo à Produção, Comercialização, Divulgação, Exposição e Divulgação na Mídia**

719. Realizar e divulgar a Mostra Nacional de Produções Artísticas e Culturais das pessoas com sofrimento psíquico, que articule e dê visibilidade ao mosaico de produções dos usuários dos serviços e convoque à reflexão sobre a reforma psiquiátrica e seus efeitos sensíveis de cidadania.
720. Garantir e divulgar em veículos de comunicação a participação da produção cultural em saúde mental (audiovisual, artesanato, artes cênicas, literatura, música, poesia, etc.) em feiras, festivais e mostras em nível municipal, estadual e federal, particularmente as iniciativas que tenham como protagonistas usuários e instituições de saúde mental, de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica.
721. Construir ações intersetoriais para a valorização das produções culturais e ações disponíveis na comunidade que incluam pessoas com transtorno mental, através de investimento em exposições de artes plásticas, shows em parques públicos, apresentações teatrais e outras formas de incentivo à produção cultural, assim como a criação de prêmios nas três esferas de governo para contemplar tais produções.
722. Fomentar e articular a participação dos usuários de serviços de saúde mental em movimentos sociais, com vistas a combater a discriminação e a exclusão, incrementando sua participação em rádios, jornais e em meios de comunicação.
723. Desenvolver, através de recursos e editais públicos, a produção audiovisual e cultural digital feita para, com e por pessoas com sofrimento psíquico, proporcionando a possibilidade de desconstrução da atual representação social da loucura.

724. Garantir, através de políticas públicas culturais, a criação e manutenção de acervos e memoriais referentes a produções artísticas atuais e passadas dos usuários da saúde mental.

### **Diversidade Cultural**

725. Garantir a Semana da Diversidade Cultural em Saúde Mental no calendário nacional.

726. Criar e manter espaços e centros de convivência comunitária intersetoriais, regionalizados, voltados para público intergeracional, respeitando e contemplando a diversidade cultural de índios, negros, ciganos e outros.

727. Implementar uma política de atenção à saúde mental que respeite as peculiaridades de saúde específicas de determinadas etnias, como indígenas, quilombolas, imigrantes e outros.

728. Construir parcerias da saúde mental com os espaços existentes que valorizam as diversas manifestações da cultura local, com participação e capacitação de profissionais em diferentes expressões culturais: capoeira, jongo, ciranda, atividades indígenas, entre outras.

## **3.4 - Justiça e Sistema de Garantia de Direitos**

### **Princípios e diretrizes gerais**

729. No processo de reforma psiquiátrica e de construção da política de saúde mental do SUS, é fundamental efetivar as Leis 8.080/90, 8.142/90 e 10.216/01 e propor a regulamentação e a definição das responsabilidades de cada esfera de poder (federal, estadual e municipal) na área de saúde mental. É necessário exigir o cumprimento da legislação de saúde mental e de outros dispositivos legais, nos casos de violação dos direitos humanos, de liberdades básicas e de negação de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais dos que sofrem de transtornos mentais, garantindo a cidadania através da efetivação das políticas públicas.

730. Outro tema de fundamental importância assinalado nas propostas aprovadas está relacionado à alteração do Código Penal Brasileiro, no sentido de excluir o conceito de “presunção de periculosidade” da pessoa com transtorno mental em situação de privação de liberdade e em presídios, sendo-lhe garantido o direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social, extinguindo-se a reclusão em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Ainda no plano legal, é também de vital importância a reformulação da Lei de Execuções Penais, o Código Penal e o Código de Processo Penal, de acordo com os princípios

da Lei 10.216/2001, mediante a construção de soluções jurídicas, clínicas e sociais para as pessoas em sofrimento psíquico, durante o tempo que mantiverem relações com a justiça penal.

731. O processo de superação do modelo asilar requer ainda garantir o cumprimento do disposto na Lei 10.216 de 06/04/2001, que determina que as internações involuntárias realizadas pelas famílias ou pelas instituições psiquiátricas sejam imediatamente comunicadas ao Ministério Público, para o devido controle e acompanhamento. Em caso de tutela, a garantia de avaliações permanentes é imprescindível para a consolidação do processo de reforma psiquiátrica na direção da emancipação e não da manutenção do usuário, sujeito em sofrimento psíquico, sob a tutela dos familiares e/ou dos profissionais de saúde mental.

732. A consolidação da política de saúde mental coerente com os princípios da reforma psiquiátrica, no tocante às relações com o Judiciário, requer promover e/ou intensificar a articulação com as suas instituições, a fim de assegurar os direitos das pessoas com transtorno mental e dos usuários em uso abusivo de álcool e outras drogas. Alguns dos itens de fundamental importância nesta articulação estão em investir em capacitação e formação dos profissionais da Justiça e Ministério Público, para a compreensão das especificidades referentes às pessoas acometidas de sofrimento psíquico; a constituição de grupo de trabalho para discutir e avaliar as interdições judiciais existentes; a agilização do processo de obtenção de certidões tardias de pessoas com transtorno mental; bem como a elaboração de material informativo sobre os direitos e deveres dos usuários e familiares da saúde mental.

733. Outro tópico enfatizado nas propostas diz respeito a assegurar os direitos da pessoa com transtornos mentais aos benefícios sociais (como o Benefício de Prestação Continuada e o acesso livre no transporte público para fins de tratamento) e aos direitos trabalhistas.

Além destes princípios gerais, foram aprovadas as seguintes propostas:

### **Legislação, Normatização e Ações para sua Implementação**

734. Regulamentar a Emenda Constitucional 29.

735. Criar uma agenda entre as três esferas de governo, Ministério Público e autoridades judiciárias para tornar a interdição das pessoas em sofrimento psíquico um processo submetido a revisões periódicas, após avaliação e parecer de equipe multiprofissional, mediante acompanhamento da rede de saúde pública.

736. Constituir Grupo de trabalho com o Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria

Pública para discutir as interdições judiciais e a relação entre os órgãos de governo. Promover a formação de colegiado misto, incluindo representante dos conselhos municipal, estadual e nacional de saúde e profissionais da área da saúde do Ministério Público.

737. Criar um grupo de trabalho nacional, de caráter intersetorial – Saúde, Educação, Ministério Público, Esporte e Lazer, Assistência Social, Segurança Pública, Movimentos Sociais, Defensoria Pública, Órgãos, Entidades e Fóruns de Defesa de Direitos – para garantia de direitos e estabelecimento de princípios e estratégias de cuidado em todas as faixas etárias, segundo a lógica de redução de danos e de promoção da saúde, seguindo as diretrizes do SUS.

738. Promover a acessibilidade prevista nos instrumentos legais de proteção dos direitos das pessoas com deficiência às pessoas em sofrimento psíquico.

### **Saúde Mental, Medidas de Segurança e Sistema Prisional**

739. Elaborar, a partir da constituição de um grupo de trabalho intersetorial, um plano nacional de Extinção do Sistema de Hospital de Custódia em prazo emergencial. Durante o período de transição, garantir que a medida de segurança seja aplicada em sintonia com a Lei 10.216/2001 e garantir a humanização dos hospitais de custódia, pautada no respeito aos direitos humanos e atendimento de qualidade, visando à reabilitação psicossocial.

740. Promover ações de mobilização e orientação ao Poder Judiciário, Defensoria Pública e Ministério Público para implantação de serviços voltados ao acompanhamento do processo criminal do usuário de saúde mental, na fase de instrução e execução penal, visando garantir acessibilidade ao tratamento em Saúde Mental nos serviços substitutivos ao manicômio, de acordo com a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, para avançar na direção do fim dos manicômios judiciários.

741. Promover, em parceria com as Secretarias Estaduais de Assistência Social, a desinstitucionalização dos cidadãos com sofrimento psíquico internados nos hospitais de tratamento e custódia estaduais, realocando os recursos financeiros dos leitos hospitalares na implantação e manutenção de Serviços Residenciais Terapêuticos.

742. Promover e desenvolver, junto ao Ministério da Saúde, ações necessárias para revisão, adequação e implantação imediata de plano de ação interministerial de saúde integral e saúde mental para o sistema prisional, garantindo àquela população o direito de assistência de acordo com os princípios da lei 10.216/2001, constituindo para isso comissões intersetoriais (Saúde, Assistência, Segurança e Justiça).

743. Criar um fórum intersetorial com participação das áreas de saúde, justiça, educação e assistência social das três esferas de governo, para discussão e deliberação a respeito da pessoa portadora de transtorno mental e/ou uso de álcool e outras drogas que cometeu atos infracionais, para garantia da atenção psicossocial (cuidado, proteção, tratamento e reinserção social), tendo como bases a Lei 10.216 e as Políticas Nacional de Humanização e de Direitos Humanos.
744. Criar equipe em Saúde Mental que garanta o atendimento interdisciplinar aos internos do sistema prisional, com ênfase na avaliação periódica de infratores em medida de segurança, primando pela garantia dos Direitos Humanos.
745. Implementar e ampliar a política de saúde mental nas delegacias, unidades penais de cumprimento de penas e de prisão provisória, e unidades de cumprimento de medida sócio-educativa (liberdade assistida, semi-liberdade e internação).
746. Promover revisão da legislação existente em relação ao atendimento em saúde mental quanto ao envolvimento do sistema judiciário e os prestadores de serviço da rede sócio-assistencial, buscando maior integração e colaboração mútuas.

#### **Garantia de Direitos Humanos e Civis**

747. Identificar e valorizar as experiências de projetos sociais que se fundamentam no paradigma da garantia dos direitos humanos com foco na intersetorialidade.
748. Adotar e garantir a efetividade das medidas jurídicas vigentes que impedem, previnem e punem os atos de violação de direitos das pessoas com transtornos mentais (maus-tratos, tratamento asilares cruéis e degradantes, cárcere e prisão) que ocorrem nas instituições públicas.
749. Estabelecer Sistema Nacional de Notificação Compulsória nos casos de agravos e óbitos por causa violenta que atinjam pessoas com sofrimento psíquico, internadas em hospitais psiquiátricos e de custódia, estabelecimentos prisionais e unidades para cumprimento de medida sócio-educativa.
750. Garantir a efetivação do direito constitucional à assistência jurídica pela Defensoria Pública para familiares e usuários de saúde mental, na reivindicação de seus direitos.
751. Garantir a intersetorialidade e a integralidade das políticas no âmbito da atenção psicossocial e dos direitos humanos da população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), idosos, pessoas com deficiência, população negra, pessoas em situação de rua, mulheres e profissionais do sexo.

752. Implementar junto à Coordenação Nacional de Saúde Mental, de forma integrada com o Poder Judiciário, uma comissão para revisão dos processos de interdição em todo o território nacional para verificar se os usuários estão sendo beneficiados e cuidados, de acordo com a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001.
753. Rever o processo de avaliações periciais, em uma ação conjunta das Secretarias Estaduais de Direitos Humanos, e Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública, incluindo a fiscalização do curador nos casos de interdição legal, com suspensão imediata das curatelas nos casos de negligência e abandono pelos respectivos curadores.
754. Garantir atendimento aos usuários tutelados pela justiça nos serviços do SUS, conforme o Projeto Terapêutico Singular estabelecido pela equipe multiprofissional de referência.

### **Garantia de Direitos e Benefícios Sociais**

755. Garantir o uso de critérios semelhantes aos do idoso no Benefício de Prestação Continuada (BPC) para as pessoas com deficiência e transtorno mental, independentemente da patologia, desde que estejam incapacitados para o trabalho, não computando o valor do benefício já concedido no cálculo da renda per capita, para fins de acesso de outros membros da mesma família (conforme plano decenal do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome /2005-2015).
756. Assegurar os direitos da pessoa com transtornos mentais graves e severos ao Benefício de Prestação Continuada e aos direitos trabalhistas, garantindo a agilidade do processo de acesso aos benefícios sociais e que o processo de renovação ou não do benefício auxílio-doença não seja superior a 30 dias.
757. Revisar, junto ao INSS, os critérios para obtenção do Benefício de Prestação Continuada - BPC / Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS para atender pessoas com sofrimento psíquico e viabilizar o acesso de todos, com ênfase na inexigibilidade do termo de curatela para concessão de benefícios previdenciários, assistenciais ou de aposentadoria.
758. Assegurar o acesso, garantido por lei, ao transporte de familiares e usuários dos serviços em saúde mental para fins de tratamento e estendendo este direito para livre circulação na cidade.
759. Garantir passe livre interestadual para os usuários de Saúde Mental, e acompanhantes, que estejam inseridos nos serviços de Saúde Mental, com direito ao uso de diferentes transportes públicos e sem restrição do número de passagens.
760. Facilitar o acesso dos usuários com transtornos mentais aos serviços de Planejamento Familiar.



761. Alterar a legislação e garantir, através do estabelecimento de parcerias com os órgãos competentes da Assistência Social, do Poder Judiciário, da Defensoria Pública e do Ministério Público, mecanismos que agilizem o processo de obtenção de certidões tardias de pessoas com transtorno mental, particularmente, os egressos de hospitais psiquiátricos de longa permanência.
762. Incluir os portadores de transtorno mental em programas de inclusão (produtiva, digital, economia solidária entre outros).

### **Garantia de Direitos Trabalhistas**

763. Propor junto ao legislativo a discussão e criação de leis que garantam a inclusão de usuários de saúde mental no mercado de trabalho formal e promover o fortalecimento e desenvolvimento de trabalho intersetorial (Assistência Social, Poder Judiciário, Ministério Público, Saúde, Trabalho, Educação) para orientação e empoderamento do usuário, a fim de garantir o cumprimento dos direitos trabalhistas previstos na Constituição, tais como: afastamento do trabalho para tratamento de saúde, inclusive saúde mental; impedir demissões irregulares após realização de tratamento; impedir discriminação e preconceito; impedir assédio moral, entre outros.
764. Garantir, em lei, de forma integral nas esferas municipal, estadual e federal, o direito da reserva de vagas em concursos públicos para usuários dos serviços de saúde mental aptos a desenvolverem atividades de trabalho.
765. Incluir pessoas com sofrimento psíquico na política de contratação por cotas em organizações de trabalho.
766. Garantir a modificação da lei que permite a demissão por justa causa dos trabalhadores usuários de álcool e outras drogas, garantindo o acesso ao tratamento.
767. Criar políticas ministeriais conjuntas de saúde e trabalho para que não haja discriminação das pessoas que trabalham e fazem uso de medicação psiquiátrica.
768. Promover discussões sistemáticas da coordenação municipal de saúde mental junto aos serviços de perícia médica (municipal, estadual e federal, e INSS – Instituto Nacional de Seguro Social) com o objetivo de ampliar a compreensão sobre doenças e transtornos mentais para melhorar as condições de atendimento destes usuários nos serviços periciais, inclusive com a concessão de licenças médicas integrais e parciais para os transtornos mentais, de forma a possibilitar ao usuário o tratamento adequado e a reinserção no trabalho.

769. Incluir pessoas com sofrimento psíquico na política de contratação por cotas em organizações de trabalho e garantir a responsabilização das empresas empregadoras sobre o tratamento de saúde mental de seus funcionários, facilitando a reinserção ao emprego com remanejamento de funções, se necessário, respeitando a condição particular do funcionário.
770. Garantir que o INSS inclua no NTEP (Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário), as CIDs (Classificação Internacional de Doenças) relacionadas aos transtornos mentais ocasionados pelo trabalho.

### **Direitos e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas**

771. Promover ações intersetoriais em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas, garantindo cobertura de 100% da rede educacional.
772. Fortalecer e garantir a intersetorialidade entre a saúde e a justiça em função da Lei 11.343/2006, que prevê o tratamento aos usuários de álcool e outras drogas, e do provimento nº. 04/2010 do Conselho Nacional de Justiça, que determina que os Tribunais de Justiça implantem serviços multiprofissionais em todas as comarcas do país para acompanhar o tratamento.
773. Garantir que o Poder Judiciário desenvolva o trabalho através de equipe multidisciplinar, em interface com os dispositivos de cuidados em Saúde Mental, para auxílio e avaliação das ações que envolvam pessoas com sofrimento psíquico e usuários de drogas lícitas e ilícitas.

### **Recursos Humanos e Capacitação para a Garantia de Direitos**

774. Promover capacitação em saúde mental e ações de educação permanente das equipes do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), dos profissionais de segurança pública (Polícias Militar e Civil, Guarda Municipal e Agentes Penitenciários) e das demais equipes de saúde, para qualificar a abordagem adequada da pessoa em situação de crise ou em uso abusivo de álcool e outras drogas, quando essa intervenção se fizer necessária.
775. Investimento em capacitação e formação dos profissionais da Justiça e Ministério Público, para a compreensão das especificidades referentes às pessoas acometidas de sofrimento psíquico.
776. Criar Fórum Intersetorial para revisão da determinação de perícias encaminhadas aos profissionais da rede pública de saúde, uma vez que estes profissionais são responsáveis por ações de atenção integral, não sendo indicado o exercício da função de perito.

777. Realização de concursos públicos, específicos na área de Saúde Mental, para composição das equipes das unidades de Saúde Mental.
778. Garantir, na equipe de peritos do INSS, especialista na área de saúde mental.
779. Incluir as categorias profissionais de assistente social e de psicólogo na equipe da Defensoria Pública.

### **3.5 - Educação, inclusão e cidadania**

#### **Princípios e diretrizes gerais**

780. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma a necessidade de se construir amplo entrosamento e ações intersetoriais entre as redes de educação e de saúde/saúde mental, visando garantir a inclusão de pessoas com deficiência e sofrimento psíquico nas escolas (rede pública e privada de ensino), tanto na educação básica e superior quanto na Educação de Jovens e Adultos (EJA). Tal entrosamento visa também à criação de projetos e estratégias específicas para se evitar a evasão escolar e também viabilizar a atenção psíquica aos alunos que necessitam de cuidados.
781. O avanço da reforma psiquiátrica no Brasil também requer assegurar uma formação ampla em saúde mental, com a inclusão de temáticas do SUS, da saúde mental, de direitos humanos e outros temas, nos ensinos básico, técnico e superior. Da mesma forma, é necessário o fomento, dentro dos projetos político-pedagógicos dos cursos universitários, da discussão sobre a saúde mental, tanto no ensino, quanto na pesquisa e extensão, e propostas específicas para a pós-graduação, educação permanente e à distância dos profissionais de saúde e saúde mental já formados ou inseridos na rede, com monitoramento, avaliação e acompanhamento da formação de profissionais sob o enfoque intersetorial. Além disso, a Conferência também sublinha a necessidade de apoiar os processos de educação popular, educação permanente em saúde e qualificação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares.

Além desses princípios e diretrizes mais gerais, também foram aprovadas as seguintes propostas:

## **Formação e Educação Permanente para Profissionais de Saúde e Saúde Mental**

782. Constituir processos de educação permanente em saúde e em saúde mental, dirigidos aos profissionais dos vários serviços de atenção à saúde - Unidade Básica de Saúde, Estratégia Saúde da Família, hospitais públicos e privados/conveniados, assim como, para agentes penitenciários de hospitais de custódia e de instituições sócio-educativas, redutores de danos e conselheiros tutelares - de modo a integrar as ações da rede de saúde e de atenção psicossocial, garantindo o cuidado intra e intersetorial e o melhor acolhimento dos pacientes em crise e referenciados pelos CAPS.
783. Investir na formação de novos profissionais, especialmente por meio da abertura de campos de estágio nos CAPS e outros serviços da rede de saúde mental.
784. Possibilitar o treinamento dos profissionais de saúde na modalidade Educação à Distância, assim como a especialização, educação permanente e cursos de extensão nos diversos níveis de atenção.
785. Fomentar a revisão dos Projetos Político-Pedagógicos dos cursos de graduação nas áreas da saúde a partir do compromisso com os princípios do SUS.
786. Incluir a disciplina de políticas públicas, saúde pública e saúde mental como obrigatória nos cursos de graduação vinculados à saúde e como transversal para os demais cursos.
787. Garantir estágio remunerado na rede pública para graduandos em cursos da área de saúde, oriundos de instituições públicas, propiciando ensino e aprendizagem de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica.
788. Ampliar a oferta de cursos gratuitos de Pós-Graduação na área de saúde mental em Universidades Públicas.
789. Capacitar em saúde mental, de forma permanente e diferenciada para cada nível de atuação profissional, através da Universidade Aberta do SUS - UNASUS, todos os profissionais de saúde e de educação.
790. Incluir e formar profissionais capacitados e habilitados em LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) e Braille na rede de saúde mental.
791. Incluir tema dos direitos das pessoas LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) nos cursos de formação dos trabalhadores em saúde mental.
792. Incluir o tema étnico-racial nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde mental e no exercício do controle social, considerando as conseqüências do racismo na saúde mental da população discriminada.

## **Educação e Capacitação de Usuários e Familiares**

793. Garantir vagas aos usuários dos serviços de saúde mental nos cursos profissionalizantes oferecidos pelas escolas técnicas e pelo sistema “S” (SENAR, SENAC, SESC, SESCOOP, SENAI, SESI, SEST, SENAT).
794. Inserir a pessoa com sofrimento psíquico na Lei 7.853/1989, que trata do apoio e incentivo de formação profissional às pessoas com deficiência.
795. Capacitar e qualificar os representantes das associações de usuários, familiares e movimentos sociais no campo da saúde mental para participação nas instâncias de controle social.
796. Propiciar a nível municipal, estadual e federal, cursos profissionalizantes adequados aos interesses dos usuários de serviços de saúde mental para que estes tenham a possibilidade de inserção no mercado de trabalho.
797. Garantir a capacitação de usuários dos serviços substitutivos em programas de inclusão digital, para o desenvolvimento de monitorias.
798. Qualificar as ações intersetoriais e atuar junto à política de educação, de forma a estimular e criar condições de acesso à leitura, alfabetização e escolarização dos usuários dos serviços de saúde mental.
799. Criar e garantir um NAE (Núcleo de Apoio à Educação), composto por psicopedagogos, assistentes sociais e psicólogos, que vise garantir o acesso e a permanência da pessoa em sofrimento psíquico na rede regular de ensino.
800. Estabelecimento de projetos específicos e de estratégias para se evitar a evasão escolar de pessoas com deficiência e sofrimento psíquico.

## **Inclusão e Fortalecimento de Temas e Práticas de Promoção e Prevenção em Saúde Mental e Direitos Humanos na Rede de Educação**

801. Incluir, nos cursos de formação continuada de professores e outros profissionais da educação e da saúde, temas relativos à saúde mental; no currículo dos cursos de licenciatura, uma disciplina que aborde a Saúde Mental; e nos demais cursos superiores, disciplina sobre Direitos Humanos e Cidadania, na qual se insira a Saúde Mental.
802. Adequação da grade curricular da educação aos temas da reforma psiquiátrica, objetivando a capacitação profissional dos educadores para a efetivação da educação inclusiva.
803. Implementar ações educativas voltadas para o debate sobre a diversidade cultural do país

e sua relação com o campo da saúde mental, tornando as fronteiras entre as organizações de educação formal e a comunidade mais acessíveis, considerando que as instituições de ensino são espaços privilegiados de produção de sensibilidades, saberes e fazeres.

804. Garantir a formação permanente dos profissionais de educação e o apoio psicossocial a eles, mediante parceria entre serviços de Atendimento Educacional Especializado (AEE) e de saúde mental, para que possam identificar, receber e lidar com pessoas em sofrimento psíquico e, especificamente, com alunos com necessidades educacionais especiais (deficiências físicas, sensoriais e mentais, sofrimento psíquico, usuários de álcool e outras drogas, transtornos globais do desenvolvimento e deficiências múltiplas), proporcionando-lhes a inserção necessária.
805. Sensibilizar e capacitar toda a comunidade escolar acerca da temática da orientação sexual e identidade de gênero, raça e etnia, como forma de prevenir violências psicológicas nestes espaços.
806. Incluir temas transversais, tais como saúde mental (em especial álcool e drogas, violência, *bullying*, transtornos de conduta, transtornos alimentares, sexualidade, entre outros), saúde, direitos humanos e diversidade, nos projetos político-pedagógicos das instituições de ensino fundamental, médio e superior, a serem trabalhados em oficinas, atividades de extensão e atividades alternativas.
807. Aplicar, nos currículos escolares, a inclusão digital e o desenvolvimento de tecnologias inovadoras com capacidade de desenvolver programas e estudos educacionais e incentivar a produção de material educativo voltados para as pessoas com transtornos mentais.
808. Sugerir ao Ministério da Educação, baseado na Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que as questões transversais ligadas ao tema dos direitos humanos e saúde mental sejam incluídas nos diversos níveis da rede educacional.
809. Incluir, nos programas curriculares de graduação nas áreas da saúde e afins, disciplinas que abordem os princípios do SUS, em especial o conceito de territorialidade.
810. Realizar intercâmbio entre as áreas da educação e da saúde através da adição aos currículos escolares de conteúdos sobre saúde mental e uso de álcool e outras drogas, bem como do envolvimento de professores, alunos e familiares, de forma a garantir, através de projetos e propostas, carga horária específica para esses temas em todos os níveis de ensino.
811. Fomentar a implantação do Programa Saúde na Escola em todas as escolas públicas localizadas em regiões adstritas da Estratégia Saúde da Família, garantindo diálogo entre os setores da educação e saúde, destacando as temáticas da saúde mental, da educação inclusiva e da cidadania.
812. Criar escolas em tempo integral como estratégia de prevenção ao uso abusivo de álcool e

outras drogas na infância e adolescência, com desenvolvimento de atividades esportivas e participação da família no ambiente escolar.

813. Criar oficinas nas escolas e nas comunidades de combate e prevenção ao *bullying*, assédio moral e violência para crianças, adolescentes, jovens e adultos.
814. Sensibilizar e mobilizar as universidades e faculdades existentes nos municípios para desenvolver trabalhos itinerantes na rede pública e privada, desde a creche ao ensino médio, objetivando a quebra do preconceito, construindo uma nova visão sobre o sofrimento psíquico.
815. Garantir a saúde mental no Plano de Educação em Direitos Humanos junto à Secretaria Especial de Direitos Humanos, vinculada à Presidência da República.
816. Apoiar os processos de educação popular e educação permanente em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde mental da população negra, em especial quilombolas e populações indígenas.

#### **Outras Estratégias em Educação, Inclusão e Cidadania**

817. Criar comitê intersetorial envolvendo associações urbanas e rurais que trabalhe proposições voltadas para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais.
818. Realizar articulação com as Secretarias de Educação e de Assistência Social para garantir a inclusão participativa do usuário dos serviços de saúde mental e família na sociedade e nos programas (mercado de trabalho, esporte, lazer, cultura), por meio de editais de apoio aos projetos.
819. Elaborar, nas três esferas de governo, legislação para a efetivação do acesso ao passe livre aos usuários em tratamento regular na rede de saúde mental, e ao vale-transporte para os acompanhantes (quando necessário), mediante a avaliação das condições sócio-econômicas e clínicas do paciente, da distância do local de tratamento e da oferta de serviços locais.
820. Realizar campanhas para promover o respeito às pessoas com transtornos mentais e a diminuição do estigma e preconceito.
821. Garantir a inclusão da família no processo educacional e nas ações ligadas à recuperação dos usuários, bem como o acesso aos serviços da rede de saúde mental para as pessoas com necessidades especiais.
822. Sensibilizar, conscientizar e esclarecer a sociedade sobre a lei 10.216 e sobre os direitos das pessoas com transtorno mental como cidadãos, na perspectiva de diminuir preconceitos, através de ações educativas e material publicitário (cartilhas, spot de rádio, panfletos), cuja divulgação também será feita nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e

estabelecimentos similares, em caráter obrigatório.

823. Realizar parcerias com universidades e outros órgãos que tenham trabalhos voltados à cultura, esporte e lazer, para que sejam incluídos projetos direcionados à inclusão social da população assistida pela rede de saúde mental.

824. Promover a integração do campo da saúde mental com as políticas públicas culturais, criando dispositivos intersetoriais nos níveis locais, interestaduais, regionais e nacional.

### **3.6 - Seguridade Social: Previdência, Assistência Social e Saúde**

#### **Princípios e diretrizes gerais**

825. O avanço do processo de reforma psiquiátrica e de reorientação da atenção em saúde mental, na perspectiva da intersetorialidade, requer fortalecer a articulação entre as áreas da Saúde, Desenvolvimento e Assistência Social e Previdência Social, para a promoção de ações e programas destinados aos portadores de sofrimento psíquico, visando à inserção social deste público, bem como legitimar e garantir universalidade, equidade e integralidade nestas políticas, nas três esferas de governo. Para isso, a conferência enfatiza a importância de criar fóruns municipais intersetoriais permanentes para discussão, criação e ampliação das políticas públicas para pessoas em situação de vulnerabilidade social com transtorno mental ou eminente risco psicossocial – crianças, adolescentes, população de rua, mulheres, idosos, população carcerária, grupos indígenas com alta incidência de suicídios, pessoas com abuso de álcool e outras drogas ou submetidas a medidas de segurança, entre outros.

826. No campo da Previdência, a IV Conferência ratifica a importância de mudar o marco regulatório e os procedimentos operacionais da concessão de benefícios, particularmente do Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS), com vistas a viabilizar a implementação de um novo paradigma que tenha como referência a funcionalidade dos beneficiários, entendida como interação entre as características biológicas, psicológicas, sócio-culturais e econômicas dos indivíduos e seu meio. Nesta direção, é indicada a necessidade de laudo psicossocial, e não apenas médico, nas decisões da perícia, levando também em conta aspectos psíquicos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, e não apenas a visão clínica restrita. Ainda sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC), se requer cumprir as normas já existentes, que determinam a inexigibilidade do termo de interdição civil para concessão do benefício a pessoas com transtorno mental, o que é aplicável a outros



benefícios, como a Auxílio Doença e Aposentadoria por Invalidez, para os quais também é aprovada a revisão de critérios e do tipo de parecer.

827. Ainda referente aos benefícios previdenciários para pessoas com sofrimento psíquico, e com abuso de álcool e outras drogas, são aprovadas propostas no sentido da expansão dos postos de atendimento, visando aumentar a acessibilidade; de ampliação, capacitação e sensibilização de recursos humanos; de se promover campanhas para a humanização e desburocratização do atendimento; de maior celeridade nos processos; de se tornar públicos e mais transparentes os atuais critérios e o processo de solicitação; de acompanhamento e monitoramento aos beneficiários; e de se criar fluxos para denúncias contra abusos de autoridade, indeferimento ou suspensão de benefícios realizados.

828. No âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a conferência reitera a importância de garantir a ampliação do acesso aos programas sociais, particularmente aos serviços de proteção social básica, especial e alta complexidade, incluindo as pessoas com sofrimento psíquico, como público alvo das políticas de assistência social, como forma de minimizar a dívida histórica com essas pessoas. Também é necessário o mapeamento das áreas de maior vulnerabilidade social, para assim desenvolver ações preventivas, curativas e reabilitação psicossocial, e em especial garantir recursos e atendimento aos cidadãos com sofrimento psíquico, com autismo e com deficiência intelectual em situação de rua, criando dispositivos de moradia para as pessoas com múltiplas vulnerabilidades. É enfatizada a importância de garantir o monitoramento e a avaliação desses serviços, bem como a participação dos usuários e familiares nestas políticas, por meio do controle social e do diálogo com os movimentos sociais.

E no campo da saúde, a IV Conferência delibera propostas específicas para políticas de atenção à saúde do trabalhador, particularmente na área de saúde mental. Além destes princípios mais gerais, as seguintes propostas também foram aprovadas:

#### **Previdência: Legislação, Normas, Perícias e Benefícios**

829. Garantir os benefícios de Auxílio Doença ou Aposentadoria para as pessoas com transtornos mentais junto ao INSS (Instituto Nacional de Seguro Social), garantindo fiscalização adequada e promovendo o intercâmbio entre os ministérios.

830. Garantir aos portadores de transtornos mentais o direito ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), reformulando os critérios de concessão do BPC da Lei Orgânica de Assistência Social - BPC/LOAS, excluindo os critérios de obrigatoriedade de interdição civil,

alterando o artigo que define como pré-requisito renda per capita de  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo para 1 salário mínimo, independente do número de integrantes na avaliação socioeconômica familiar, e estabelecendo avaliação através de parecer social.

831. Garantir a não-exigência do processo de interdição/termo de curatela para o acesso aos benefícios previdenciários (Benefício de Prestação Continuada [BPC], o Auxílio Doença, a Aposentadoria por Invalidez), assegurando o direito de cidadania às pessoas com transtornos mentais.
832. Divulgar e sensibilizar as equipes periciais quanto a "inexigibilidade do termo de curatela" dos portadores de sofrimento psíquico para acesso ao BPC e a qualquer outro benefício, por meio de campanha direcionada às agências do INSS sobre reforma psiquiátrica, luta antimanicomial, direitos e deveres dos portadores de sofrimento psíquico e serviços substitutivos.
833. Rever os critérios para obtenção do Benefício de Prestação Continuada e Aposentadoria por Invalidez, propondo a inclusão clara dos portadores de sofrimento psíquico, álcool e outras drogas como público alvo, assim como a divulgação dos critérios periciais para concessão de benefício (previdenciário e assistencial) aos usuários de saúde mental, familiares e técnicos dos serviços substitutivos.
834. Realizar campanha direcionada às agências estaduais do INSS sobre a reforma psiquiátrica, Luta Antimanicomial, direitos e deveres dos usuários e divulgação da circular Gerência Executiva do INSS-GAB nº 185/2006, que determina a não exigência do termo de curatela para concessão de benefícios titularizados por cidadãos portadores de sofrimento psíquico.
835. Promover dispositivos de articulação, sensibilização e capacitação, tais como encontros regulares e/ou formação de grupos de discussão, entre representantes dos serviços de saúde mental e do INSS, para promover as mudanças nos critérios da perícia na concessão de benefícios e para torná-los públicos e transparentes os atuais critérios para concessão, ou não, de benefícios aos portadores de transtornos mentais.
836. Criar políticas públicas para inclusão da pessoa com sofrimento psíquico nas empresas e no processo produtivo com mecanismos de supervisão, incentivo e apoio, além do acesso ao benefício social sem obrigatoriedade de interdição, conforme o que preconiza a legislação.
837. Criar grupo de trabalho em parceria com o Ministério da Previdência Social para discutir e apontar soluções para a situação dos cidadãos portadores de sofrimento psíquico, incluindo o usuário de álcool e outras drogas, que participam de empreendimento produtivo solidário.
838. Garantir a modificação da legislação para que os beneficiários do INSS com sofrimento

psíquico possam desenvolver alguma atividade laboral que complemente sua renda, considerando-se as diretrizes da economia solidária, sem prejuízo do recebimento integral de seu benefício.

839. Garantir que pessoas com sofrimento psíquico que possuam Benefício de Prestação Continuada, uma vez inseridas no mercado de trabalho, tenham a possibilidade de voltar a receber o benefício caso apresentem a incapacidade de exercer atividade laborativa novamente e não tenham direito a outro benefício consequente ao retorno transitório ao trabalho.
840. Garantir o cumprimento efetivo da legislação do Programa de Reabilitação Profissional dos pacientes da Previdência Social.
841. Desburocratizar o atendimento e exigir celeridade nos processos referentes à aposentadoria, benefícios e outros, como forma de garantir aos usuários em tratamento por transtornos mentais severos, os benefícios previdenciários (trabalhistas e/ou assistenciais - BPC) de que necessitam.
842. Garantir maior transparência no processo de solicitação do Benefício de Prestação Continuada, da Lei Orgânica de Assistência Social (BPC/LOAS), através da emissão de laudos periciais do INSS que fundamentem o motivo da recusa do benefício.
843. Avaliar se portadores de sofrimento psíquico grave que não tinham contribuição previdenciária ou perderam o direito de segurado têm necessidade de receber o benefício.
844. Fazer orientação aos familiares das pessoas com transtornos mentais e encaminhar os casos que têm direito a benefícios para o INSS.
845. Efetivar a execução do plano de expansão das agências de atendimento do INSS, e implantar o Escritório Volante da Previdência Social nos municípios que não o possuem, considerando as características dos territórios, facilitando assim o acesso aos usuários.
846. Com relação aos respectivos benefícios da seguridade social, garantir por lei federal que a pessoa com sofrimento psíquico seja avaliada por uma equipe multiprofissional, considerando laudos e pareceres da equipe que o acompanha, não centralizando a aprovação final no médico perito.
847. Exigir do INSS a consideração do laudo psicossocial, e não apenas do laudo médico, nas decisões da perícia, incluindo no ato de decisão médico-pericial da concessão de benefícios os aspectos psíquicos, sociais (econômico-cultural), ambientais de Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) e não apenas a visão clínica restrita.
848. Rever critérios para concessão e ampliação de Benefício de Prestação Continuada junto ao INSS, considerando os relatórios da equipe técnica para garantir o benefício às pessoas com transtorno mental na perícia atualmente realizada por médico psiquiatra, conforme os

princípios da reforma psiquiátrica, incluindo a terminologia através de emenda nas normas e diretrizes da LOAS.

849. Garantir que as perícias médicas de pessoas em sofrimento psíquico feitas pelo INSS e/ou instituições governamentais sejam realizadas por médico psiquiatra, e que os peritos respeitem os relatórios elaborados pela equipe multiprofissional.
850. Solicitar ao Ministério da Previdência Social a contratação, através de concurso público, de médico perito especialista permanente para cada unidade municipal do INSS, principalmente no interior do Estado, concomitante às ações itinerantes para as comunidades ribeirinhas, e incluir o psicólogo clínico na equipe multiprofissional de perícia do INSS, visando a articulação necessária para que o portador de transtornos mentais tenha o direito à aposentadoria, auxílio doença, seguro de vida, dependendo do grau de limitação.
851. Assegurar que no ato da perícia do INSS os portadores de transtornos mentais tenham direito a um acompanhante.
852. Criar Departamentos de Orientação Judicial e Previdenciária aos portadores de transtornos mentais, que possam acompanhar os processos peculiares destes usuários e seus familiares.

### **Assistência Social: Programas, Benefícios e Serviços**

853. Implementar a Política Pública de Seguridade Social e garantir financiamento para o efetivo funcionamento dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), mediante recursos das três esferas de Governo, com a devida articulação e acompanhamento do Controle Social.
854. Solicitar ao Ministério do Desenvolvimento Social a ampliação dos serviços de proteção social básica, especial e alta complexidade no Sistema Único de Assistência Social.
855. Garantir para os cidadãos portadores de sofrimento psíquico igualdade de direitos previstos na Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS).
856. Formar grupos de ajuda mútua e garantir um percentual (25%) das vagas dos cursos dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e outros para os usuários dos serviços de saúde mental.
857. Instituir parcerias com a Política de Assistência Social no sentido de desenvolver um trabalho integrado com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Instituto de Assistência Social e Cidadania (IASC), criando protocolos de atendimento aos casos de transtorno/uso de álcool e drogas que envolva a rede sócio-assistencial.

## **Ações Articuladas e em Parceria no Âmbito da Seguridade Social**

858. Realizar plenárias ampliadas no âmbito da seguridade social, em parceria e articulação com as entidades e ou órgão de políticas públicas.
859. Fortalecer parceria entre os Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social, no sentido de garantir aos usuários dos SUS o acesso às solicitações de Auxílio Doença quando pertinente e Benefício de Prestação Continuada para usuários que se enquadrem na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS).
860. Garantir o acompanhamento e monitoramento aos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada, através dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), e/ou secretarias de assistência social (onde não tiver CRAS) de modo a assegurar autonomia do usufruto do benefício pelo beneficiário (a).
861. Ampliar a articulação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) à rede de assistência social.
862. Articular com os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), CRAS (Centros de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e ESF (Estratégia de Saúde da Família) o mapeamento das áreas de maior vulnerabilidade social, para assim desenvolver ações preventivas, curativas e reabilitação psicossocial de acordo com as demandas vivenciadas naquela localidade.
863. Lutar pela garantia de todos os direitos previstos na seguridade social, estabelecendo parceria dos serviços de saúde com o Ministério Público, criando fluxos para denúncias contra abusos de autoridade, indeferimento ou suspensão de benefícios realizados pelos médicos peritos sem justificativa técnica, apesar dos atestados dos médicos assistentes.
864. Assegurar recursos para a criação e manutenção de ações e equipamentos de lazer através da rede intersetorial de saúde mental.

## **Assistência a Populações Específicas**

865. Oferecimento de maiores subsídios (financeiros) pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas para estados, municípios e movimentos/entidades sociais, com apoio técnico, material informativo e fomento à realização de estudos epidemiológico/diagnóstico sobre os casos de suicídio nas comunidades indígenas.
866. Ampliar a política de assistência social, com financiamento para implantação de novos CRAS – Centro de Referência de Assistência Social e CREAS – Centros de Referência

Especializados de Assistência Social, incluindo as pessoas com autismo e deficiência intelectual.

867. Incluir o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o CAPS como equipamentos voltados para setores da sociedade em situação de violação de direitos e aqueles em privação de direitos, no caso da população em situação de rua.
868. Implantar política em parceria com o Ministério de Desenvolvimento Social e Secretarias Estaduais e Municipais de Desenvolvimento Social e destinar recursos para atendimento aos cidadãos com sofrimento psíquico em situação de rua, criando repúblicas e outros dispositivos de moradia para moradores de rua com múltiplas vulnerabilidades, garantindo a inclusão dos cidadãos portadores de sofrimento psíquico, pessoas com autismo e com deficiência intelectual nas mesmas e nos demais serviços de proteção especial da Política de Assistência Social e Habitação e outras Políticas Públicas, garantindo o monitoramento e avaliação desses serviços.
869. Garantir apoio multiprofissional aos cuidadores de pacientes com senilidade precoce, acamados e com mobilidade restrita.

#### **Ampliação e Capacitação de Recursos Humanos**

870. Garantir a realização de concursos públicos de forma a garantir os direitos humanos nas políticas sociais – saúde, educação, habitação, assistência social lazer e cultura.
871. Solicitar ao Ministério da Previdência a ampliação dos recursos humanos na previdência social para a concessão de benefícios através de análise da equipe multiprofissional.
872. Criar estratégias de articulação entre os Ministérios da Saúde, Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente e Educação, a fim de promover capacitações em Saúde Mental para os profissionais do INSS.
873. Buscar parceria com o INSS para a capacitação das equipes de Saúde Mental acerca dos direitos previdenciários dos usuários e familiares.
874. Desenvolver ações de capacitação e sensibilização junto aos profissionais do INSS a fim de melhorar a análise dos laudos e concessão dos benefícios e a qualidade do atendimento prestado às pessoas com sofrimento psíquico.
875. Investir na capacitação e sensibilização dos profissionais da Previdência Social, constituindo uma equipe multiprofissional no ato da avaliação do paciente com transtorno mental.
876. Construir e atualizar instrumentos de informação para divulgação de cartilha sobre legislação específica, serviços de saúde, assistência social e previdência junto aos

trabalhadores, usuários e família, utilizando linguagem popular, com orientações e contatos dos órgãos responsáveis pela garantia desses direitos, tais como Benefício de Prestação Continuada e Passe Livre.

877. Sensibilização e capacitação permanente dos profissionais que atendem os usuários da saúde mental, oportunizando o cuidado ao usuário e ao trabalhador.

### **Campanhas e Outras Ações de Promoção**

878. Orientar através de campanhas a sociedade quanto aos direitos adquiridos por lei para portadores de transtornos mentais.

879. Constituir um grupo de trabalho permanente interministerial em parceria com os estados, com participação da sociedade civil, com a atuação voltada para a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, e com uso abusivo de álcool e outras drogas.

880. Promover debates entre Ministério Público, INSS, familiares de pessoas com transtorno mental curateladas e profissionais de saúde mental, a fim de garantir o cuidado integral do interditado.

881. Realizar campanha direcionadas ao INSS sobre reforma psiquiátrica, luta antimanicomial, direitos e deveres dos portadores de sofrimento psíquico, álcool e outras drogas e serviços substitutivos, visando a humanização no atendimento.

882. Desenvolver estratégias de valorização da pessoa com sofrimento psíquico através de eventos organizados pela rede intersetorial de saúde mental e outros setores para se vencer os estigmas.

883. Promover e garantir espaços coletivos para a discussão de aspectos da seguridade social nas diversas instâncias, desde os serviços até outros espaços de controle social (fóruns, assembléias etc.).

884. Articular e realizar ações conjuntas entre a educação, saúde e assistência social, segurança, esporte e outras políticas públicas no atendimento das demandas e na formação de cidadãos.

### **Saúde e Saúde Mental do Trabalhador**

885. Garantir os fóruns municipal, estadual e nacional permanentes na discussão da saúde mental do trabalhador e suas implicações com a previdência social, na assistência social, Defensoria Pública, comissões de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil e na justiça do trabalho, dentre outros.

886. Garantir a reabilitação do trabalhador através da Política da Previdência Social e que as empresas se responsabilizem pelos trabalhadores adoecidos e lesionados por elas (lesões relacionadas ao trabalho) reabilitando-os, reintegrando-os, e readaptando-os, até sua aposentadoria.
887. Articular intersetorialmente uma política de promoção em saúde mental e prevenção aos transtornos mentais, em sua interface com a saúde do trabalhador no sentido de cuidar, assistir e prevenir o sofrimento psíquico/transtornos mentais, advindo das condições e das relações de trabalho.
888. Discutir com a previdência social a garantia da aplicação do nexo técnico epidemiológico dos portadores de transtornos mentais com capacidade laborativa, a fim de reconhecer a natureza acidentária (doença agravada pelo trabalho) e de responsabilidade social da empresa qual está vinculado.
889. Garantir o direito aos benefícios da previdência e assistência social a qualquer trabalhador que seja acometido de transtorno mental, considerada como doença profissional, para aqueles que a adquiriram em função do exercício de sua profissão, submetidos à apreciação da junta médica.

### **3.7 - Organização e mobilização de usuários e familiares em saúde mental**

#### **Princípios e diretrizes gerais**

890. O aprofundamento do processo de reforma psiquiátrica requer fortalecer a organização e mobilização dos usuários e familiares em toda a rede de saúde mental, nas políticas intersetoriais e na sociedade em geral.
891. Em primeiro lugar, isso requer garantir e estimular em todo o país a participação dos usuários, familiares e sociedade civil na formulação, planejamento e fiscalização das políticas sociais e das políticas de formação dos profissionais intersetoriais, em co-gestão com os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde e saúde mental. De modo especial, exige fomentar o protagonismo dos usuários, cuidadores e familiares nas instâncias de controle social, na política local, estadual e nacional da saúde mental do SUS. Isso implica particularmente no fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde, na implantação dos Fóruns Permanentes ou Comissões de Saúde Mental em todos os conselhos municipais e estaduais, bem como a implantação de Conselhos Locais de Saúde, e de Conselhos Gestores nos CAPS e nos demais serviços de saúde mental, respeitando a paridade entre os segmentos



envolvidos. Além disso, implica também na estruturação de comitês, fóruns ou comissões intersetoriais de saúde mental na comunidade, nos municípios e estados, integrando as demais políticas sociais que têm interface com o campo.

892. Para realizar estes e demais objetivos da política de saúde mental do SUS, é imprescindível fortalecer os movimentos sociais, principalmente o Movimento Antimanicomial e a Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde (ANEPS) como espaços de expressão e organização dos diversos atores da área de saúde, em especial os da saúde mental (gestores, trabalhadores, usuários, familiares e estudantes).

893. Da mesma forma, estas diretrizes implicam também em fortalecer as associações de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental, em estimular a criação de cooperativas e a participação dos familiares nos empreendimentos solidários em saúde mental, visando a reintegração social e o enfrentamento do desemprego e a inserção dos usuários de serviços de saúde mental no mercado de trabalho, conforme suas habilidades e possibilidades, favorecendo a redução do preconceito, a conquista da cidadania e a diminuição do estigma. Ao mesmo tempo, este fortalecimento das organizações também requer a criação e diversificação de mecanismos de denúncias quanto à violação e de defesa de direitos dos usuários de saúde mental, bem como a produção de material de educação popular, formação política e de defesa de direitos. Estas mesmas diretrizes devem visar também a organização dos familiares e usuários dos serviços dirigidos aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de forma que possam defender seus direitos civis, políticos e sociais junto à rede de serviços e ao poder público.

894. No plano local dos serviços, o fortalecimento da organização de usuários e familiares implica em criar dispositivos de conscientização da população, principalmente dos familiares, sobre a importância da participação dos mesmos no processo de tratamento, assim como sobre as formas de acesso e modos de funcionamento dos serviços. Ao mesmo tempo, exige também implementar políticas públicas explícitas de suporte e assistência psicossocial aos familiares e cuidadores de usuários dos serviços de saúde mental, reconhecendo importância dos mesmos nesse campo. Além disso, é preciso garantir que as equipes dos CAPS e outras unidades de saúde e saúde mental sustentem um diálogo ativo e permanente com os usuários, familiares e cuidadores, fortalecendo os dispositivos internos de participação (assembléias, oficinas, grupos de trabalho, conselho gestor, etc.) e regulamentando os espaços próprios de sua organização, dotados de autonomia e condições próprias de funcionamento.

895. E finalmente, no diálogo com toda a sociedade, estas diretrizes requerem a efetivação de fóruns permanentes de discussão e realização de campanhas sobre saúde

mental, visando a desconstrução do estigma da loucura, bem como estimulando o acesso à informação, sensibilizando e mobilizando a comunidade a respeito dos direitos de cidadania e deveres das pessoas com transtorno mental e dos usuários de álcool e outras drogas.

Além destas diretrizes e princípios mais gerais, foram também aprovadas as seguintes propostas:

### **Empoderamento e Fortalecimento da Organização pela Base**

896. Criar dispositivos legais através dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde para garantir recursos financeiros destinados à compra de equipamento para o funcionamento das associações de usuários e familiares de saúde mental, particularmente aqueles que favorecem a inclusão digital.
897. Garantir financiamento público para bolsas de incentivo à formação de lideranças de familiares e usuários de saúde mental, de modo a estimular projetos de produção de autonomia e de protagonismo, desde que em concordância com os princípios da reforma psiquiátrica.
898. Implantar, nos serviços de saúde mental, metodologias específicas de grupos, empoderamento, psicoeducação, conhecimento do uso de medicamentos, grupos de ajuda e suporte mútuos, e plano/cartão de crise para os usuários, valorizando sempre os usuários, sua autonomia e auto-estima, e objetivando de forma ampla a conquistas dos direitos de cidadania.
899. Criar cartilhas informativas e outros materiais de divulgação, a serem disponibilizados em órgãos públicos e nos diversos espaços da vida social, que esclareçam os direitos e deveres dos cidadãos portadores de sofrimento psíquico e contemplem as redes de atendimento em suas especificidades.
900. Intensificar o desenvolvimento estratégico de ações educativas, voltadas para grupos de usuários e familiares dos serviços de saúde mental, que incluam a perspectiva da educação popular.
901. Fortalecer as associações de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental, com assessoria escolhida pelas mesmas, de modo a ampliar suas ações.
902. Garantir, junto aos órgãos públicos, em especial a Receita Federal, e junto aos cartórios de registro de pessoas jurídicas, o reconhecimento oficial da relevância das associações de usuários de saúde mental, diminuindo a burocracia e as exigências para criação e regularização destas associações.

903. Garantir o direito das associações de usuários e familiares promoverem reuniões e outras atividades nas unidades de atenção integrada de saúde mental e nos CAPS.
904. Realizar, para os profissionais que atuam com crianças, adolescentes e adultos, ações de educação permanente em saúde mental que estimulem a organização e mobilização dos usuários e familiares.
905. Criar grupos de estudos a respeito dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, como estratégia de mobilização de usuários e familiares.
906. Garantir na rede de atenção psicossocial as cooperativas e as associações, bem como o esporte, a cultura e o lazer aos usuários, como forma de fortalecimento dos vínculos, valorização da auto-estima e melhoria da qualidade de vida.

### **Defesa de Direitos e Luta contra o Estigma**

907. Garantir que todas as instituições de saúde e da rede sócio-assistencial exponham em locais visíveis a Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários do SUS e a Lei 10.216/2001.
908. Criar mecanismos, a nível federal, estadual e municipal, de denúncias de violação e de defesa de direitos dos usuários de saúde mental.
909. Garantir que os usuários de saúde mental possam, eles próprios, usufruir de seus recursos financeiros (benefícios) e não suas famílias, através da fiscalização de órgãos competentes.
910. Incentivar, em conjunto com as associações e núcleos do Movimento Antimanicomial, ações e eventos na rede de atenção em saúde mental, visando a redução do estigma e a defesa dos direitos dos usuários na cultura e na sociedade.
911. Adotar, em todo o texto do relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, a nomenclatura menos estigmatizante de “pessoa em sofrimento psíquico”, salvo proposta melhor, para designar os usuários dos serviços de saúde mental.

### **Controle Social, Capacitação e Fortalecimento da Participação das Organizações de Usuários e Familiares**

912. Estabelecer que a composição das instituições sociais nos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde seja feita através de eleição direta e transparente.
913. Fomentar, junto aos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, a criação ou reativação de Comissões de Saúde Mental ou Comissões de reforma psiquiátrica, com mecanismos de comunicação com os respectivos conselhos.
914. Garantir a obrigatoriedade da realização de Conferências de Saúde Mental Municipais ou

- Regionais, a cada quatro anos, para avaliar a efetivação das propostas anteriormente deliberadas.
915. Garantir que as deliberações aprovadas nas Conferências de Saúde Mental sejam incluídas nos Planos de Saúde e de Saúde Mental, nos âmbitos municipal, estadual e federal, com o acompanhamento e monitoramento dos Conselhos de Saúde ou das Comissões de Reforma Psiquiátricas.
916. Estimular, em articulação com os Conselhos Municipais de Saúde, a participação de familiares, cuidadores e usuários no acompanhamento dos recursos investidos nas áreas de saúde mental, de modo a garantir a qualidade dos serviços oferecidos.
917. Garantir aos Conselhos Locais autonomia e condições de organização, para cumprirem suas atribuições no sentido de mobilizar os usuários para a avaliação do trabalho realizado pelos CAPS, bem como para a eleição dos gestores.
918. Garantir condições ambientais adequadas nos fóruns e conferências de saúde mental para as pessoas com sofrimento psíquico, lhes assegurando a participação efetiva nas discussões que ocorrem.
919. Promover através do Conselho Nacional de Saúde, e em parceria com a Comissão Intersetorial de Saúde Mental, a realização de cursos de formação política sobre a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial, o Controle Social e o SUS, dirigidos aos usuários, familiares, trabalhadores e conselheiros de Saúde, particularmente em início de mandato.
920. Assegurar no orçamento da Saúde incentivo financeiro para a produção de material educativo voltado para a formação política, formação de lideranças, e capacitação de conselheiros para atuarem nos dispositivos de controle social.
921. Ampliar a fiscalização dos programas da assistência social, nas três esferas de gestão (municipal, estadual e federal), através dos Conselhos da Assistência Social.

### **Integração e Ações Intersetoriais**

922. Estabelecer pactos de compromisso intersetorial entre gestores, profissionais e trabalhadores do SUS, precedidos de conferências e audiências públicas, de modo a fortalecer o papel dos mesmos, e apoiar, interagindo com a Comissão Intersetorial de Saúde Mental, a criação de Fórum Independente de Saúde Mental, nos âmbitos municipal, estadual e federal, presidido pelo movimento popular.
923. Estruturar comitês, fóruns ou comissões intersetoriais de saúde mental na comunidade, nos municípios e estados, envolvendo representantes institucionais (ESF, ESCOLAS, CRAS, entre outros), representantes dos movimentos populares, lideranças comunitárias,

conselheiros de saúde e educação, e comunidade em geral, visando promover a reflexão e a intervenção local sobre os determinantes da saúde mental; fortalecer e ampliar a rede de cuidado de saúde mental já existente; e realizar ações intersetoriais periódicas que viabilizem a interação entre pessoas com sofrimento psíquico, familiares, profissionais e sociedade.

924. Implantar e ampliar o trabalho das equipes multiprofissionais de saúde mental nas escolas e demais instituições da rede, com o objetivo de dar suporte à família e à comunidade escolar, trabalhando a prevenção.
925. Realizar encontros de capacitação para os agentes de saúde e educadores sociais de forma a melhorar o acompanhamento à família e ao usuário de saúde mental.
926. Ampliar as relações entre os diversos setores da sociedade em prol da geração do trabalho, renda, cultura e dignidade do sujeito, buscando o exercício da cidadania e resgatando, no usuário do serviço de saúde mental, o sentimento de inclusão nos diversos meios sociais.
927. Criar, como parte da política pública na construção da rede básica de atenção, e com financiamento interministerial, Centros de Convivência e Cultura que contribuam para a construção e resgate dos vínculos familiares e comunitários.

### **Ações e Comunicação com a Sociedade**

928. Garantir, dentro dos serviços substitutivos, ações que promovam a participação dos usuários e familiares de saúde mental nos meios de comunicação.
929. Realizar campanhas nacionais periódicas intersetoriais, sob a liderança do Ministério da Saúde, visando a desconstrução do estigma da loucura e a divulgação dos direitos das pessoas com transtornos mentais.
930. Sensibilizar a comunidade para a necessidade e/ou importância de perceber o cidadão com transtorno mental como cidadão ativo de direitos e deveres, bem como de garantir seus direitos no campo da seguridade social.
931. Ampliar e efetivar os fóruns permanentes de discussão sobre saúde mental junto à comunidade, ampliando o conhecimento e estimulando o acesso à informação sobre os direitos e deveres dos usuários e familiares.
932. Estabelecer parcerias com os movimentos sociais (Associações, Centros Comunitários, Pastorais, ONGs e outros) a fim de ampliar o atendimento à comunidade e usuários, sensibilizando-os, através das diversas estratégias de comunicação, sobre a importância da promoção e prevenção em saúde mental, e divulgando os serviços à sociedade civil.

## **Propostas para Grupos e Temas Específicos**

933. Criar espaços permanentes junto à sociedade para discussão e elaboração de ações de redução de danos.
934. Potencializar os movimentos sociais na perspectiva de assegurar o cumprimento e a ampla divulgação da legislação sobre a proteção das pessoas com deficiência e daquelas com altas habilidades e superdotação.
935. Garantir a implantação de projetos sociais (PROJOVEM Adolescente, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil [PETI] e outros), e incentivar a participação de adolescentes nos mesmos, como forma de retirá-los de situações de vulnerabilidade social.
936. Incentivar a participação dos usuários da rede de saúde mental no cultivo de plantas medicinais, com objetivos ocupacionais e de produção de medicamentos fitoterápicos.

## **3.8 - Comunicação, Informação e Relação com a Mídia**

### **Princípios e diretrizes gerais**

937. A ampliação do conhecimento e a consolidação da reorientação da política de saúde mental no país requerem a criação de dispositivos e mecanismos de comunicação social voltados para a difusão, na sociedade brasileira, das diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira. Tais dispositivos devem visar ocupar espaços e atingir, inclusive através de parcerias, os diversos canais e veículos da mídia (televisiva; Internet; rádios, incluindo comunitárias; meios audiovisuais, mídia impressa e outras, públicas e privadas); em escala ampla, municipal, estadual e nacional, e de forma o mais extensiva possível, e adequada e acessível aos diversos segmentos sociais, divulgando os princípios antimanicomiais, as novas políticas de saúde mental, a atenção psicossocial, os novos serviços substitutivos, as ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde mental, o combate ao preconceito e ao estigma contra pessoas com sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas e as ações para a sua inclusão social, evidenciando sua condição de sujeitos e cidadãos de direitos.
938. Para isso, é necessário que as entidades representativas da mídia e os profissionais da área de comunicação sejam sensibilizados e tenham conhecimento de causa e dos princípios éticos e políticos do campo da saúde mental, não reproduzindo preconceitos e estigmas,

inclusive relativos à periculosidade do louco e à marginalidade dos usuários de álcool e outras drogas. Nesse último aspecto, preconizam-se campanhas nacionais visando a desmistificação do lugar da loucura na sociedade e a abordagem de temas sobre prevenção, tratamento do uso de álcool e outras drogas, com ênfase na redução de riscos e danos.

939. Neste último campo, em particular, é dada especial relevância à necessária discussão e criação de normas para coibir a veiculação de propagandas de incentivo ao consumo de bebidas alcoólicas, bem como à sensibilização da população sobre a venda de bebidas alcoólicas e cigarros para crianças e adolescentes. Entende-se, assim, que a democratização da informação e o bom uso dos meios de comunicação são armas poderosas contra a violação de direitos humanos.

940. As diretrizes também são detalhadas em alguns de seus contornos mais específicos. As ações e campanhas de comunicação devem dar ênfase particular à veiculação de denúncias e o combate aos diversos tipos de violência física e psicológica (preconceito, assédio moral, discriminação, violência verbal, entre outros), abuso, cárcere privado e exploração das pessoas com transtornos mentais e do usuário de álcool e outras drogas, especialmente as mulheres, e à sensibilização da sociedade para a valorização das diversidades, com ênfase na autonomia, empoderamento e não discriminação do usuário.

941. A IV CNSM-I salienta também a importância do Ministério da Saúde criar um sistema de informação, comunicação e divulgação sobre a Política Nacional de Saúde Mental, através de *home page ou site*, com banco de dados acessível aos gestores, trabalhadores e à sociedade civil – usuários e familiares – objetivando democratizar as informações gerais sobre a política de saúde mental, normas, formas de financiamento, rede de serviços, resultados das ações e a divulgação dos trabalhos científicos e de pesquisa na área de saúde mental. Outra diretriz neste sentido é a criação de um serviço 0800 para orientação sobre transtorno mental, rede de serviços, uso racional de medicamentos e denúncias de maus tratos.

942. As ações em comunicação social devem incluir também programas de inclusão digital, formas diferenciadas de divulgação e exibição da produção cultural e artística dos usuários de saúde mental, eventos e fóruns públicos, e produção de diversos tipos de material de educação popular.

943. Neste amplo campo, é reafirmada também a importância das ações na área de comunicação e difusão da informação para que as políticas nacionais de saúde mental fortaleçam e assumam efetivamente – e não apenas propositivamente – a sua dimensão intersetorial. Assim, cabe utilizar os espaços da mídia comercial, governamental, alternativa e comunitária, por meio de jornais, propagandas, folders, cartilhas, peças teatrais, filmes,

cartazes, dentre outros, sob responsabilidade no âmbito federal dos Ministérios da Saúde, da Educação, da Cultura e da Comunicação.

Além destes princípios mais gerais, foram também discutidas e aprovadas as seguintes propostas:

### **Campanhas Públicas e Informação sobre Direitos e Ações em Saúde Mental**

944. Elaboração e aprovação de lei que contemple a promoção de campanhas nacionais para tratar de assuntos referentes à saúde mental que estejam associados às portarias já existentes.
945. Criação de instâncias intersetoriais e participativas municipais, estaduais e federais que permitam discutir e encaminhar propostas concretas e legítimas sobre campanhas veiculadas na mídia referentes a medicamentos e outras drogas (lícitas e ilícitas).
946. Criar comitês de comunicação acerca da temática da saúde mental, álcool e outras drogas, a fim de divulgar nas diversas mídias, e com clareza e coerência, as ações de saúde mental, ampliando o espaço de discussão sobre o tema, que hoje vem sendo tratado de forma excessivamente medicalizadora.
947. Promover campanhas educativas nacionais de divulgação das políticas, ações e direitos em saúde mental, utilizando cartilhas, cartazes, panfletos e propagandas, enfatizando os direitos de cidadania à moradia, trabalho e inclusão social de pessoas em sofrimento psíquico, divulgando o trabalho dos profissionais e as ações em saúde mental com enfoque positivo, objetivando o fim da discriminação e do preconceito em relação às pessoas com transtorno mental, e informar as pessoas sobre qual serviço procurar em cada situação, garantindo a ampliação do acesso e favorecendo a cultura antimanicomial e as práticas de empoderamento e cidadania.
948. Dar continuidade aos mecanismos de comunicação permanente entre os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais que possibilitem a difusão de informações necessárias para aumentar a qualidade da participação dos usuários na regulação do SUS.
949. Desenvolver, dentro do tema saúde mental, processos e materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema saúde mental da população negra, que desconstruam estigmas e preconceitos, que estimulem o respeito a seus diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas, que fortaleçam uma identidade negra positiva e que contribuam para redução de vulnerabilidade social.



950. Intensificar o engajamento nas lutas pela democratização da comunicação e contra as violações aos direitos humanos.

### **Campanhas e Denúncias de Discriminação, Abusos e Violências contra os Usuários**

951. Desenvolver nos meios de comunicação falada, televisionada e escrita campanhas de informação e de mobilização para encaminhamento de denúncias e combater os diversos tipos de violência física e psicológica (preconceito, assédio moral, discriminação, violência verbal, entre outros), abuso, cárcere privado e exploração das pessoas com transtornos mentais e do usuário de álcool e outras drogas, especialmente as mulheres.

952. Elaborar e aprovar lei que proíba a veiculação nos meios de comunicação de mensagens pejorativas e discriminativas sobre pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, com penalização, em caso de descumprimento, inclusive cassação de alvará de funcionamento.

953. Não admitir intervenções da mídia que desqualifiquem e propaguem o preconceito sobre o cidadão com sofrimento psíquico, apresentando-o como perigoso, incapaz ou violento.

### **Sensibilização e Ocupação de Espaço na Mídia**

954. Sensibilizar entidades como a Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e o Sindicato dos Jornalistas de modo a aumentar a visibilidade da reforma psiquiátrica e favorecer a desconstrução dos estigmas e preconceitos em relação aos usuários de saúde mental.

955. Garantir espaços na mídia e na programação cultural geral (Rádio Nacional, Roquete Pinto, TV Educativa, TV Senado e TV Câmara TV Municipais e Estaduais, por exemplo) para programas relacionados aos temas da saúde mental na perspectiva antimanicomial; ter legalmente garantido espaços e programas específicos dentro dos canais oficiais existentes de comunicação (TV educativas, boletins e publicações dirigidas, etc.), bem como em outros meios alternativos (incluindo rádios comunitárias e de diversas outras modalidades, como no COMUNICASUS), para veicular matérias da área de saúde mental, na perspectiva dos direitos humanos, que contemplem a diversidade humana.

956. Promover articulação entre o setor saúde e os meios de comunicação, visando o empoderamento dos profissionais da mídia a se expressarem com conhecimento de causa, dotados de princípios éticos e políticos acerca da Saúde Mental, não reproduzindo preconceitos e estigmas, principalmente relativas a periculosidade do louco e marginalidade dos usuários de álcool e outras drogas.

957. Garantir espaço de divulgação em jornal impresso com informe da Saúde Mental, abrindo assim mais espaço para conhecimento da população sobre pessoas com transtorno mental e usuário de álcool e outras drogas, tendo como pessoas entrevistadas os trabalhadores e usuários da Saúde Mental.
958. Estruturar e aproximar-se dos conselhos de comunicação nas três esferas de governos para buscar espaços e projetos que divulguem questões voltadas a saúde mental.
959. Realizar seminário de sensibilização da mídia sobre a reforma psiquiátrica brasileira.

### **Normatização da Mídia e Campanhas sobre Álcool e Outras Drogas**

960. Avaliar e divulgar através dos conselhos de comunicação o papel da mídia e seu impacto no incentivo e/ou prevenção do uso indevido de álcool e outras drogas.
961. Criar uma Comissão Nacional que discuta junto ao poder legislativo a criação de uma lei de proibição à veiculação de propagandas de incentivo ao consumo de bebidas alcoólicas.
962. Intensificar e estimular as campanhas educativas na mídia voltadas para sensibilização da população sobre a venda de bebidas alcoólicas e cigarros para crianças e adolescentes.
963. Fomentar, junto ao Conselho Nacional de Auto-Regulamentação da Propaganda, a criação de uma comissão intersetorial de controle de propagandas sobre o uso e abuso de álcool e outras drogas.

### **Sistema e Banco de Dados e Pesquisas sobre Saúde Mental**

964. Garantir que o Ministério da Saúde crie um sistema de informação, comunicação e divulgação sobre a Política Nacional de Saúde Mental, utilizando os meios de comunicação em geral e promover a criação de sítio na internet, cartilhas, cartazes e outros instrumentos contendo informações básicas a respeito do tema saúde mental e reforma psiquiátrica: Lei nº 10.216/01, portarias de saúde mental, direitos e deveres dos usuários, leis do SUS, e demais documentos que definam a responsabilidade das três esferas do governo.
965. Criar um banco de dados acessível aos gestores, trabalhadores e à sociedade civil – usuários e familiares – objetivando democratizar as informações e resultados das ações de saúde mental e investimentos financeiros, com vistas ao planejamento e atendimento das demandas e resolução de problemas, em especial na criação de uma rede de assistência em saúde mental.
966. Criar centros de documentação e cultura em saúde mental em parceria com Ministério da Cultura.

967. Consolidar uma política de divulgação dos trabalhos científicos e de pesquisa na área de saúde mental.

### **Serviços de Informação e Orientação Direta à População**

968. Criar um serviço 0800 para orientação sobre transtorno mental, rede de serviços e denúncia de maus tratos.

969. Informar as pessoas sobre qual serviço procurar em cada situação, garantindo a ampliação do acesso e favorecendo a cultura antimanicomial e práticas de empoderamento e cidadania.

970. Assegurar meios para ampliar a informação crítica e racional da população em geral e dos usuários da rede em especial, sobre o consumo de medicamentos, considerando que o uso irracional e excessivo de medicamentos psicoativos prescritos é um importante problema de saúde pública.

### **Inclusão Digital**

971. Promoção de programas de inclusão digital e de incentivo à produção cultural comunitária dos usuários de Saúde Mental, com ênfase na sua autonomia, por meio de oficinas terapêuticas, capacitações e parcerias com universidades, ONGs, mídias comunitárias, dentre outros, incluindo os meios oficiais oferecidos pelo Ministério da Cultura.

972. Garantir aos usuários de Saúde mental a inserção nos infocentros.

### **Agenda e Produção de Eventos**

973. Garantir através de um Calendário Nacional informes sobre os eventos relacionados à Saúde Mental.

974. Promover, nos diversos setores da sociedade e na mídia, envolvendo a educação, previdência, cultura, justiça, fóruns permanentes de discussão sobre o tema da saúde mental, com criação de agendas mensais, como forma de esclarecer e promover os direitos sociais dos usuários e a sua inclusão social, e popularizar as diretrizes da nova política pública de saúde mental – intersetorial.

975. Promover eventos com os temas: direitos humanos, uso de álcool e outras drogas, saúde mental e qualidade de vida, entre outros, visando a participação da comunidade.

976. Promover eventos nas datas relativas à saúde mental como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial e Dia da Saúde Mental.
977. Destinar percentual dos incentivos decorrentes da Lei Rouanet às produções culturais e artísticas voltadas para a saúde mental, particularmente para as iniciativas de informação e comunicação.

#### **Elaboração de material de educação popular**

978. Fomentar a criação de boletins informativos (escritos, falados ou digitalizados) a respeito das ações desenvolvidas e oferecidas nos serviços substitutivos que integram o sistema de saúde mental por usuários, trabalhadores e familiares, através de oficinas terapêuticas e com recursos das três esferas de governo.
979. Produzir material educativo sobre participação popular e controle social destinado a mobilização e organização dos usuários e familiares de Saúde Mental.
980. Produzir cartilha explicativa sobre a Lei nº 10.216, de acesso livre e distribuição gratuita a todos os usuários, parceiros intersetoriais e sociedade civil, bem como implementar campanha publicitária para sua divulgação.

#### **Divulgação da Produção dos Usuários**

981. Incluir iniciativas de produção cultural e artística envolvendo usuários do Sistema de Saúde Mental do SUS nas ações de informação, comunicação e relação com a mídia, ampliando serviços e fortalecendo a intersetorialidade.
982. Garantir possibilidades de comunicação em mídias independentes, comunitárias e comerciais de produções protagonizadas por usuários de Saúde Mental.

### **3.9 - Violência e Saúde Mental**

#### **Princípios e diretrizes gerais**

983. A ampliação e o aprofundamento da reforma psiquiátrica e do novo modelo de atenção em saúde mental requerem, nas ações que incidem sobre a violência e suas consequências, estimular a identificação precoce e a notificação de casos de violência interpessoal, promovendo a ampla divulgação na sociedade dos mecanismos e possibilidades

de denúncia de situações de privação social e maus tratos a pessoas em vulnerabilidade social e em sofrimento psíquico. Para isso, é fundamental a difusão de programas e dispositivos tais como os serviços de disque-denúncia de situações de violência, os vários programas de atenção a violência, o Registro Nacional de Acidentes e Violência e a Ouvidoria da Saúde, estes últimos para identificar e qualificar as situações de violência na rede de saúde.

984. É também essencial a provisão de instrumentos legais e serviços adequados para garantir uma atenção integral a todos os atores envolvidos em situações de violência, inclusive os autores de violência, pelos vários dispositivos integrantes da rede de atenção psicossocial intersetorial. Um componente essencial deste trabalho é assegurar a aplicação da Lei Maria da Penha, para garantir atendimento integral às vítimas de violência doméstica e/ou sexual e aos agressores. Este campo de atenção deve ter também ações integradas de prevenção e reabilitação, com iniciativas de prevenção e detecção precoce de violência intrafamiliar e das situações de privação de liberdade e cárcere privado, além da garantia da implantação do Programa de Proteção a Crianças e Adolescente Ameaçados de Morte (PPCAAM); de assegurar a abordagem adequada de pessoas com condutas auto-agressivas, ideação e/ou tentativas de suicídio, como no Programa de Prevenção ao Suicídio; bem como a oferta de centros de convivência, grupos operativos, terapia comunitária e outros dispositivos capazes de acolher efetivamente as pessoas vítimas de violência.

985. Para a realização de todas estas ações, é fundamental garantir a educação permanente e intersetorial aos trabalhadores de saúde mental e de todos os serviços públicos que tenham interface com a comunidade, incluindo as equipes de emergência que atuam em situações especiais de catástrofes e/ou violência urbana e rural.

986. As propostas aprovadas durante a conferência explicitam uma concepção da violência como um fenômeno intrinsecamente multidimensional e intersetorial, e daí a ênfase dada no fortalecimento das alianças e ações intersetoriais. Isso se dá através da criação de parcerias institucionais com um amplo espectro de atores sociais e políticos, como o Judiciário, os Conselhos de Direitos, Conselho Tutelar, Defensoria e Ministério Público, Secretaria de Segurança Pública, Conselhos Municipais de Saúde, Ordem dos Advogados do Brasil, Secretarias de Assistência Social, Cultura, Lazer e Esportes, etc. Esta frente deverá contemplar iniciativas de criação de redes locais de trabalho intersetorial, de prevenção e cuidado em situações de violência e de combate às diversas formas de estigma e preconceito.

987. Para isso, é enfatizada a importância de sensibilizar a população sobre os novos paradigmas em saúde mental e da cultura da paz, promovendo um amplo debate com a sociedade, tematizando a não-violência e a não discriminação e estigmatização das pessoas

em sofrimento psíquico e seus familiares, ou com uso prejudicial de álcool e outras drogas, e estimulando estratégias de luta contra a violência e a exclusão social vivenciados por elas. Neste campo, a conferência também chama a atenção para se criar formas eficazes de combate à homofobia e à violência contra orientações sexuais caracterizadas como LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), defendendo a diversidade sexual e desenvolvendo estudos e pesquisas em apoio a esses grupos.

988. É ainda afirmada a importância de garantir também a inclusão das pessoas em sofrimento psíquico em cumprimento de medida de segurança ou internos em manicômios judiciários na rede de serviços substitutivos de saúde mental, em cumprimento da lei da reforma psiquiátrica. De forma similar, é essencial fortalecer as ações de promoção à saúde e saúde mental, principalmente na atenção primária e equipes de saúde da família, com foco em prevenção a todas as formas de violência e ao uso nocivo de substâncias psicoativas. A IV CNSM-I também salienta a importância de ampliar extensivamente a rede de trabalhos preventivos em relação à violência doméstica e de garantir e ampliar ações de educação infantil, incluindo creches públicas, em tempo integral, abrangendo os períodos de férias escolares, com prioridade absoluta para as comunidades mais vulneráveis.

Além destas diretrizes gerais, também foram aprovadas as seguintes propostas:

### **Controle, Denúncia e Punição da Violência**

989. Criar sistema e serviços de disque-denúncia, com conhecimento público, de fácil acesso e com garantia de anonimato, para pessoas com transtorno mental que vivem situações de cárcere privado, maus tratos e preconceitos.
990. Garantir que serviços públicos e privados de saúde notifiquem casos de violência, assegurando o preenchimento de RINAV's – Registro Nacional de Acidentes e Violência (instrumento da Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violência – Portaria MS/GM 737 de 2001) – e a formação das equipes de saúde para a observação e notificação compulsória das situações que envolvem violência.
991. Extensão dos vários programas de atenção à violência a todas as unidades de saúde, descentralizando o acolhimento e tratamento.
992. Divulgar de forma constante a existência e disponibilidade do Serviço de Ouvidoria da Saúde, para qualificação da demanda de manifestações quanto à violência e maus tratos no atendimento público em geral, e na rede de serviços (ambulatoriais e hospitalares) de saúde mental, em particular, buscando qualificar o trabalho ofertado.

993. Estabelecer um Sistema Nacional de Vigilância de Violência e Morte de pessoas com sofrimento psíquico em unidades de saúde, garantindo a notificação compulsória.
994. Acionar a Secretaria de Direitos Humanos e outros dispositivos da Política de Direitos Humanos e Cidadania quando houver situações de violência institucional à pessoa com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas.
995. Estimular a identificação precoce e a notificação de casos de violência interpessoal, particularmente as situações de violência intrafamiliar e policial, através da educação permanente dos profissionais de saúde e de ações conjuntas com as equipes de saúde mental, com o apoio dos conselhos profissionais.

### **Dispositivos de Atenção Integral a Pessoas Envolvidas em Situações de Violência**

996. Elaboração de políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência no contexto dos dispositivos e serviços de atenção à saúde mental.
997. Promover ações preventivas e de reabilitação, garantindo recursos financeiros para implantação e a manutenção de centros de convivência, terapia comunitária, grupos operativos e outros dispositivos voltados para pessoas vítimas de violência.
998. Fortalecer dispositivos para acompanhar as pessoas em sofrimento psíquico, inclusive aquelas que cometeram atos infracionais, com atenção integral ao adolescente em conflito com a lei, por meio de ações intersetoriais, envolvendo secretarias de saúde e assistência social, em níveis municipal e estadual, além do poder judiciário, entre outros.
999. Estruturar a realização de acolhimento a crise de pacientes com transtorno mental grave e situação de intoxicação grave em pronto atendimento.
1000. Reforçar a escuta qualificada para pessoas em situação de risco e vulnerabilidade, expondo as alternativas disponíveis de acolhimento e intervenção e, incluindo-as ativamente na responsabilidade pelo destino da sua vida, rompendo com o binômio “violência–diagnóstico” que gera a medicalização de um grave problema social.
1001. Destinar verbas das esferas estadual e federal para acolhimento e proteção das vítimas de violência aos municípios de pequeno porte.
1002. Garantir a implementação do Programa de Prevenção ao Suicídio em todos os estados do país.
1003. Garantir a efetivação de sistema de proteção à vida das pessoas em situações de vulnerabilidade e risco de morte, inclusive a implementação do PPCAAM (Programa de Proteção à Criança e Adolescente Ameaçada de Morte) em todos os estados do Brasil, trabalhando em parceria com os serviços de Saúde Mental e Assistência Social, segundo os

princípios do SUS e do SUAS, com garantia de atenção multidisciplinar intersetorial, e criando dispositivos de responsabilização dos gestores estaduais em caso de não cumprimento da ação protetiva.

### **Formação de Recursos Humanos**

1004. Garantir educação permanente e intersetorial dos trabalhadores dos serviços de saúde mental e de todos aqueles que lidam com situações de violência nos demais serviços públicos que tenham interface com a comunidade (Educação, Saúde, Segurança Pública, Assistência Social, Justiça, Trabalho, Habitação, Cultura, Lazer, Esportes, etc), sensibilizando-os para a complexidade do fenômeno da violência, para temas relativos aos direitos humanos e aos determinantes sócio-políticos e culturais da violência no território, para um novo paradigma de atenção humanizada, para um cuidado singularizado e para os aspectos de compreensão, atendimento, acompanhamento, monitoramento e prevenção da violência.
1005. Garantir educação permanente para profissionais de segurança pública nas questões referentes à saúde mental, com ênfase no uso abusivo de álcool e/ou outras drogas e na violência de gênero.
1006. Sensibilizar e capacitar os trabalhadores de saúde, segurança e outros segmentos sobre a forma abordar, acolher e atender as pessoas com sofrimento psíquico, articulando Universidade, secretarias de governo, em suas três esferas e das diferentes áreas sociais tais como Saúde, Justiça e Direitos Humanos, Desenvolvimento ou Ação Social, Educação, além do Ministério Público, Corpo de bombeiros e outros órgãos públicos envolvidos em cada situação.
1007. Fomentar, potencializar e garantir a formação continuada e sensibilização do profissional de resgate e das forças de segurança pública na abordagem à pessoa em sofrimento psíquico e/ou uso abusivo ou dependente de álcool e outras drogas, inclusive no momento de crise.
1008. Promover a educação permanente dos profissionais/trabalhadores da rede intersetorial para a detecção de sinais de violência física e mental contra pessoas com transtornos mentais, bem como para a detecção de uso prejudicial de álcool e outras drogas, visando a melhor forma de encaminhamento para a rede de serviços.
1009. Capacitar equipes de emergência em saúde mental para atuar em situação de catástrofes e/ou violência urbana e rural.
1010. Intensificar o processo de formação em terapia comunitária como estratégia para a ampliação dos recursos que integram a saúde mental na atenção básica, contribuindo com a desmedicalização.



## **Combate à Discriminação e Preconceito, e Promoção da Cultura da paz**

1011. Promover estratégias de sensibilização da sociedade com relação à saúde mental e educação popular sobre violência e saúde mental.
1012. Instituir a ação conjunta da Secretaria Especial de Direitos Humanos e Poder Judiciário para revisão das interdições judiciais das pessoas em sofrimento psíquico, bem como do destino dos mesmos, com suspensão ou substituição imediata das curatelas nos casos em que forem constatadas negligência e situação de abandono em instituição asilar pelos respectivos curadores.
1013. Garantir sensibilização de gestores e trabalhadores da saúde para implantação da política de saúde LGBT como forma de enfrentamento da LGBTfobia (fobia de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) e como forma de diminuir o sofrimento psíquico desta população afeta ao preconceito e discriminação.

## **Ações Preventivas e Intersetoriais com Outros Setores de Política Social**

1014. Criar espaços de diálogos intersetoriais para debate da política de atendimento em saúde e saúde mental potencializando, dessa forma, a política de promoção da saúde, as ações da rede de saúde mental e as iniciativas de prevenção e cuidado em situações de violência, sensibilizando assim, a população na mudança do paradigma adquirido pela sociedade em relação a saúde mental.
1015. Fortalecer ações junto ao Poder Judiciário, Defensoria Pública e ao Ministério Público, a fim de garantir direitos humanos às pessoas em sofrimento psíquico e uso abusivo de álcool e outras drogas, em relação à situação de privação de liberdade e cárcere privado.
1016. Garantir a inclusão de projetos que preconize o combate à violência em todos os sentidos, inclusive a violência psicológica, doméstica, preconceituosa e física vivenciada pelos portadores de transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas.
1017. Desenvolver e implementar programas e ações efetivas de prevenção a violência, uso abusivo, indevido e dependente de drogas, promoção da saúde mental e da paz; com investimento das três esferas de governo (recursos materiais e humanos).
1018. Efetivar ações na atenção básica voltadas para melhoria da qualidade de vida, assegurando a participação das pessoas com transtornos mentais, vítimas de violência e usuários de álcool e outras drogas.
1019. Lançar editais para projetos e estimular a criação de programas que contemplem parcerias intersetoriais vinculadas ao tema da violência e saúde mental.

1020. Propor a formação de grupos de trabalho intersetoriais consultivos sobre campanhas institucionais que trabalhem prevenção ou educação sobre drogas em veículos de massa, visando sua adequação aos princípios do SUS, da reforma psiquiátrica e do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).
1021. Garantir que as equipes de saúde trabalhem em conjunto com outros setores para desenvolver trabalhos terapêuticos e preventivos em relação a violência doméstica, assegurando-se que sejam desenvolvidos intersetorialmente e em todos os segmentos públicos.

# Moções Aprovadas

## 1 - MOÇÃO DE APOIO AO SUS E ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Nós, delegados e delegadas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, apoiamos o SUS, o seu fortalecimento, a emenda 29, a reforma antimanicomial, o SUS como patrimônio da humanidade, a transparência na aplicação dos recursos públicos, a expansão dos CAPS 1, 2, 3 e AD em todos os municípios e Estados/ Distrito Federal, a humanização no tratamento, no acompanhamento, nas relações entre todos os segmentos (usuários, trabalhadores, gestores/ prestadores e intersetorial) e a criação/implementação de políticas públicas voltadas a saúde mental.

## 2 - MOÇÃO PELA REVOGAÇÃO DA LEI Nº9634/98 QUE INSTITUI AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS (OS)

Os delegados da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial apoiam a revogação da lei nº9634/98 que institui as organizações sociais (OS) que tramita no Supremo Tribunal Federal para apreciação de mérito, mediante ação direta de inconstitucionalidade que fere frontalmente a Constituição Federal em seu artigo 199, em seus parágrafos 1º, 2º e 3º, que prevê a complementaridade e não a substituição do SUS, e que proíbe verbas do SUS para qualquer organização com fins lucrativos e capital estrangeiro.

Solicitamos ainda o acompanhamento do Ministério Público Federal dessa ação.

## 3 - MOÇÃO PELO CUMPRIMENTO DA DECISÃO JUDICIAL CONTRA A TERCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA

Exigimos imediato cumprimento da decisão judicial do Supremo Tribunal Federal (STF) em relação à ação de número 2000.001.048041-8, impetrada pelo Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, que expõe a ilegalidade dos processos de terceirização na saúde pública.

#### 4 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO SENADO FEDERAL E CÂMARA DOS DEPUTADOS PELA TRAMITAÇÃO DO PROJETO DE LEI DO ATO MÉDICO

Os delegados presentes à IV CNSM-I repudiam o projeto de Lei do Ato Médico – PL7703/06 – atualmente no Senado Federal, projeto que é claramente contrário a todos os esforços interdisciplinares e intersetoriais que o SUS tem realizado para assegurar a atenção integral em saúde e em saúde mental.

#### 5 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO PROJETO DE LEI DO ATO MÉDICO

NÃO ao projeto de lei do ato médico como um todo, excelentíssimos (as) senadores e deputados federais!

A realidade é que as consultas médicas realizadas nos serviços do Sistema Único de Saúde duram no máximo 5 minutos, o que impossibilita a realização de qualquer diagnóstico. O estado realiza anualmente um bilhão de consultas médicas e meio bilhão de exames, e apesar dessa extensa cobertura, temos 50 milhões de doentes crônicos, resultados inaceitáveis para uma gestão pública. Não ao ato médico.

#### 6 - MOÇÃO DE REPÚDIO À DECISÃO DO STF DE PERMITIR COBRANÇA FINANCEIRA E PAGAMENTO DE MÉDICOS E HOSPITAIS NO SUS

Os delegados presentes à IV CNSM-I vem a público repudiar a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) em favor da ação do Conselho Regional de Medicina RS (CREMERS), que permite a cobrança financeira pelo atendimento prestado no SUS e ao mesmo tempo paga médicos e hospitais de forma privada. Pedimos a imediata reversão desta decisão por entendermos que ela fere os princípios do SUS, garantidos em lei.

#### 7 - MOÇÃO DE APOIO E RECONHECIMENTO PELA REALIZAÇÃO DA IV CONFERÊNCIA E EXPECTATIVA DE EFETIVAÇÃO DA V CONFERÊNCIA

Reconhecendo os inúmeros esforços realizados pelas esferas do Governo, em especial pela Secretaria de Direitos Humanos, que após a marcha dos usuários para Brasília, ocorrida em 30 de setembro de 2009, os incansáveis trabalhos realizados pelo Conselho Nacional de Saúde através da Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, e reconhecendo que somente

atingimos a perfeição através da prática constante, desejo parabenizar o trabalho de todos colaboradores envolvidos nesta conferência e realizar uma MOÇÃO DE APOIO A V CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL, na expectativa que seu ano previsto possa ser divulgado o mais breve possível.

#### 8 - MOÇÃO DE APOIO AO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA PELA DESTINAÇÃO DE RECURSOS DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA COM CIDADANIA AO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Destinação de recursos do Programa Nacional de Segurança com Cidadania (PRONASCI) criado pelo Ministério da Justiça, intersetorial, para:

a) Implantação, otimização e modernização de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) infantil, CAPS álcool e outras drogas e CAPS III, visando a reabilitação psicossocial, a redução de danos, a prevenção criminal, entre outros;

b) Capacitação dos agentes de segurança pública para o atendimento e abordagem ao portador de transtorno mental, bem como aos usuários de álcool e outras drogas.

#### 9 - MOÇÃO DE APOIO AO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL PELAS AÇÕES DE INCLUSÃO DE MINORIAS

Nós, envolvidos com saúde mental em todo o Brasil, empenhamos apoio ao MPF (Ministério Público Federal) e a sua Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), que através da Subprocuradora Geral da República, Dr<sup>a</sup> Gilda de Carvalho, tem desenvolvido ações no intento da inclusão de minorias, não só de pessoas com transtorno mental bem como deficientes físicos, auditivos, visuais e outras minorias.

#### 10 - MOÇÃO DE APOIO AO FOMENTO DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE E À PARTICIPAÇÃO DE MOVIMENTOS SOCIAIS EM SUA COMISSÃO NACIONAL

Apoio às instituições de ensino que fomentam projetos de residência multiprofissional em saúde (Residência Integrada em Saúde – RIS) que desta forma contribuem para a construção e consolidação do SUS, bem como para a formação dos profissionais, incentivando assim a intersectorialidade e a interdisciplinaridade com garantia de participação dos fóruns e movimentos sociais na comissão nacional de residências multiprofissionais em saúde.

## 11 - MOÇÃO PELA INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE MENTAL

Que os níveis de atenção do SUS (municipal, estadual e federal) tenham a responsabilidade de planejar, executar e avaliar uma rede de atenção intersetorial de saúde mental, bem como de discutir as ações e serviços por tais entidades, fortalecendo e estimulando a participação das entidades que representam o controle social na construção desses processos. É de grande importância o incentivo financeiro por parte do governo federal para as instâncias que apresentarem projetos intersetoriais que atendam às necessidades dos serviços de saúde mental.

Que a IV Conferência de Saúde Mental - Intersetorial possa garantir a inclusão desta importante ação, já que a mesma implica em corresponsabilidade de todos os segmentos, bem como garantir a aplicação e o fortalecimento das políticas públicas para a saúde mental, e também o que já é previsto em lei.

## 12 - MOÇÃO PELA FORMULAÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE MENTAL EM COLÔNIAS DE HANSENÍASE

Considerando a resolução da Comissão de Direitos Humanos da ONU, de que os países membros devem formular políticas afirmativas para comunidades e pacientes remanescentes de políticas de segregação da hanseníase, e considerando que a atenção à saúde mental, álcool e outras drogas nestes locais tem sido um dos maiores problemas;

A presente moção apoia a Política Nacional de Saúde Mental no sentido de formular ações para as comunidades e os pacientes das 33 antigas colônias de hanseníase.

## 13 - MOÇÃO PELA CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA O FIM DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS NO PAÍS

Nós, da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, realizada em Brasília, de 27/06 a 01/07/2010, viemos defender as seguintes orientações para o sistema penitenciário:

- Construção de estratégias intersetoriais para o fim dos manicômios judiciários no Brasil, garantindo que os recursos dos leitos psiquiátricos dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) sejam redirecionados para os serviços substitutivos de saúde mental, como as residências terapêuticas.
- Ampliação dos programas de atenção integral às pessoas com sofrimento mental em

cumprimento de medida de segurança, de acordo com a lei 10.216/01, tais como o PAI/PJ, de MG, e o PAILI, de GO, considerando as especificidades de cada Estado.

- Implementação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário em todas as unidades penais brasileiras, legitimando práticas dos profissionais da psicologia, psiquiatria, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional, pautadas no paradigma da atenção psicossocial e nos princípios do SUS e do SUAS.

#### 14 - MOÇÃO PELA INCLUSÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS EM PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS

Incluir o agente comunitário de saúde e o agente comunitário de endemias no plano de carreira, cargos e salários, cumprindo os requisitos de escolaridade de nível médio.

Colocar em vigor a lei complementar da senadora Patrícia Saboya PL 6/11/2009. Está no ART 3.o que esta lei entraria em vigor no mês de setembro de 2009; estamos em 2010 e nada foi feito.

#### 15 - MOÇÃO PELO DIREITO AO TRABALHO ASSOCIADO E A UMA ECONOMIA SOLIDÁRIA

No uso de direito assegurado pelos Art 1º,14, II, I e 61 da Constituição Federal e Art 13 e 14 da Lei 9.709/98, subscrevemos o projeto de lei que dispõe sobre a Política Nacional de Economia Solidária (PNES) e cujos objetivos são: estabelecer as definições, princípios, diretrizes, objetivos e composição da PNES e do Sistema Nacional de Economia Solidária, por meio do quais o poder público, com a participação da sociedade civil organizada, formulará e implantará políticas, planos, programas e ações com vistas a fomentar a economia solidária e assegurar o direito ao trabalho associado.

#### 16. MOÇÃO PELA DESBUROCRATIZAÇÃO DO PROCESSO DE REGULARIZAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE USUÁRIOS E FAMILIARES EM SAÚDE MENTAL

Os participantes da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, realizada no Centro de Convenções Ulysses Guimarães – Brasília, DF, no período de 27 de Junho a 1º de Julho de 2010, exigem dos órgãos públicos, mais especificamente da Receita Federal e cartórios de registros de pessoas jurídicas, o reconhecimento e a relevância das associações dos usuários dos serviços de saúde mental, facilitando o acesso e a viabilidade aos órgãos públicos e cartórios, diminuindo a burocracia e as exigências para a criação e/ ou regularização das respectivas associações.

#### 17 - MOÇÃO DE REIVINDICAÇÃO DE INCLUSÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DA PESSOA IDOSA NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Tendo em vista o processo de envelhecimento pelo qual passa a população brasileira, e em respeito ao estatuto do Idoso, à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e aos Pactos pela Saúde e pela Vida (2006), esta moção pede a inclusão da atenção à saúde mental da pessoa idosa como tema prioritário para as Políticas de Saúde Mental em âmbito Nacional.

#### 18 - MOÇÃO DE REIVINDICAÇÃO DE QUE RECURSOS ORIUNDOS DE FECHAMENTO DE LEITOS HOSPITALARES SEJAM DESTINADOS A RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

Defendemos que recursos financeiros decorrentes do fechamento de leitos hospitalares sejam regulamentados e garantidos para a implantação de residências terapêuticas na comunidade, pois o que temos como resposta até o momento apontada pelo censo psicossocial de moradores de hospitais do estado de São Paulo (2008) é que a maioria dos 43% dos moradores que sofreram transinstitucionalização foram transferidos, ou seja, foram retirados de um hospital e encaminhados para outro pela atual reforma psiquiátrica, sem que pudessem ter acesso ao direito de convívio social, direito este prometido e garantido por lei.

#### 19 - MOÇÃO DE REIVINDICAÇÃO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO A MEIOS CONTRACEPTIVOS

Os delegados da IV CNSM I solicitam a utilização do programa de saúde reprodutiva, entre as prioridades de ações da Saúde Coletiva, como instrumento de planejamento de rede intersetorial e conseqüentemente efetivação do acesso aos métodos contraceptivos garantindo entre eles a disponibilização do D.I.U. (Dispositivo Intra-Uterino) uma vez que este método melhor preserva a saúde da mulher quando comparada aos contraceptivos hormonais.

#### 20 - MOÇÃO DE REIVINDICAÇÃO PELA DESCENTRALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

Solicitar a descentralização de medicamentos de alto custo, dado à dificuldade que os usuários dos municípios têm de acessar estes medicamentos, bem como a capacidade dos profissionais da rede de cuidado.



## 21 - MOÇÃO DE RECOMENDAÇÃO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE E GESTÕES ESTADUAIS PELA AMPLIAÇÃO DO LIMITE DE GASTOS COM RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Que o Ministério da Saúde e as gestões estaduais trabalhem para modificar artigos da lei de responsabilidade fiscal que impõem limites de gastos com recursos humanos. A mudança recomendada visa permitir a contratação adequada de trabalhadores para investimento e implantação de políticas públicas efetivas, inclusive na saúde, através de concurso público.

## 22 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO DESCUMPRIMENTO DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Os participantes da IV CNSM-I repudiam o descumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, identificando a inexistência e/ou fragilidade dos serviços oferecidos para crianças e adolescentes violando o direito ao acesso à saúde, em especial aos serviços de saúde mental, bem como denunciemos o descumprimento da Internação Provisória que priva a liberdade de adolescentes autores de ato infracional por período superior ao estabelecido pela lei. Neste mesmo contexto denunciemos o uso de medicação psiquiátrica utilizada como forma de contenção química, controle e punição. Exigimos o cumprimento do art. 227 combinado com o art. 196 da Constituição Federal, art.7 do ECA, Portaria 647 do Ministério da Saúde e Portaria Interministerial nº 1426.

## 23 - MOÇÃO DE REPÚDIO À MANUTENÇÃO DA PRÁTICA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE LONGA PERMANÊNCIA

Repudiamos a admissão em hospitais psiquiátricos de pessoas que estão se tornando moradores dos hospitais, reforçando a prática de internação permanente e confirmando o despreparo e a não garantia de recursos para a instalação de serviços que funcionem como suporte para este perfil de paciente – muitos sem apoio familiar. Segundo o censo psicossocial dos moradores de hospitais do estado de São Paulo (2008), 25% do total de 6349 internos são referentes à internações permanentes, admitidas recentemente, após 2001.

## 24 - MOÇÃO DE REPÚDIO À REDE GLOBO PELO INCITAMENTO AO PRECONCEITO EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

Repúdio à Rede Globo de Televisão que com suas telenovelas coloca o mal como louco, não existe rico mau caráter, todo mal caráter rico torna-se rigorosamente e disfarçadamente como preconceito... Como se fosse na lei de raça, cor e etnia, que haja respeito com a população de saúde mental. Chega de dizer que lugar de louco é na segregação. A Rede Globo coloca o rico mau caráter como um tipo de loucura e existem “loucos” e mau caráter rico.

Visões totalmente diferentes que em uma TV aberta influenciam e promovem o preconceito.

## 25 - MOÇÃO DE REPÚDIO A EMPRESAS E ENTIDADES PELOS DESCASO EM RELAÇÃO À SAÚDE MENTAL

Moção de repúdio a todas as empresas públicas, privadas, capital misto (Petrobras, Banco do Brasil, ECT e etc), associações, sindicatos (FUP, Sindicato dos Químicos e Petroleiros da Bahia, etc) que não tem comprometimento com a saúde mental de seus membros (Lei N1°10.216/2001).

## 26 - MOÇÃO DE REPÚDIO À ATUAL CAMPANHA DE COMBATE ÀS DROGAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DO GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Repúdio às campanhas de combate às drogas, especialmente contra o crack, realizadas pelo governo do Estado do Rio Grande do Sul e pelo Ministério da Saúde que abordam o tema relacionando-o diretamente ao crime e à violência, alimentando medos e preconceitos, desrespeitando a singularidade do usuário de drogas e indo contra a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas. Entendemos que subliminarmente há a invocação de reabertura de leitos em hospitais psiquiátricos.

## 27 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO GOVERNO DE SÃO PAULO, SECRETARIA ESTADUAL DE JUSTIÇA E CIDADANIA E FUNDAÇÃO CASA-SP

Nós, delegados e delegadas da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, repudiamos o governo do Estado de São Paulo que possui diretriz para acabar com o controle social a exemplo de não chamar a Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial, mesmo sendo deliberado no Conselho Estadual de Saúde, mesmo assim o movimento social realizou a Plenária

estadual de Saúde Mental Intersetorial que tirou dentro da intersectorialidade a sua delegação. A Fundação Casa (Ex-Febem), não respeitando a decisão dessa Plenária deliberativa, se recusou a liberar delegados desta instituição pública que cuida de adolescentes em medidas socioeducativas.

#### 28 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO E A SEU CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE POR NÃO CUSTEAREM PARTICIPAÇÃO DE DELEGADOS NA IV CONFERÊNCIA

Considerando a recomendação da Comissão Nacional desta conferência a respeito dos estados auxiliarem a participação intersectorial em todas as etapas da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial,

Considerando a postura ressentida do Estado do Espírito Santo, que por não ter eleito seu delegado gestor, recusou-se a auxiliar no custeio dos delegados gestores e intersectoriais,

Considerando as dificuldades financeiras do delegado intersectorial representante das comunidades terapêuticas e o descaso do Conselho Estadual de Saúde, em auxiliá-lo com passagem aérea para esta Conferência,

Considerando o empenho do delegado intersectorial representante das comunidades terapêuticas, que para exercer representatividade e trazer suas contribuições a esta conferência, assumiu sozinha dívida de passagem aérea para vinda a este evento,

Por estas razões repudiamos o posicionamento e o descaso do Governo do Estado e do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo. Repudiamos o Estado por não custear a passagem e hospedagem dos delegados intersectoriais.

#### 29 - MOÇÃO DE REPÚDIO À POLÍTICA ESTADUAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS

Repudiamos o processo de criação e implementação da política estadual sobre álcool e outras drogas (lei 7159/18.06.10) que fere a Política Nacional de Saúde proposta no SUS e não considera a Política de Saúde Mental, bem como desrespeita as instituições públicas constituídas no estado, que atuam na atenção às pessoas que usam álcool e outras drogas. Esta política, no âmbito local, tem acarretado:

- prejuízo à implantação e fortalecimento de CAPSad no estado;
- desrespeito aos Conselhos Estadual e municipal de entorpecentes, pelo fato de liberar recursos sem a aprovação e fiscalização dos referidos conselhos;

- prejuízo a participação social e do controle social;
- incentivo à terceirização dos serviços, com investimentos em comunidades terapêuticas privadas, o que favorece o desmonte do SUS;
- um fluxograma que torna responsável pela articulação da rede uma casa de acolhimento destituindo o papel de articulador da rede do CAPSad;
- uma tendência a se tornar um modelo de referência nacional para os demais estados da união, o que é um retrocesso na Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Saúde Mental, e Política Nacional sobre Drogas e um imenso equívoco;
- uma desvalorização da política de redução de danos e uma ênfase no modelo moral da atenção a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

### 30 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ PELO NÃO FINANCIAMENTO DA HOSPEDAGEM AOS DELEGADOS ESTADUAIS NA IV CONFERÊNCIA

Repudiamos o governo cearense que não honrou com seu compromisso de financiar as hospedagens dos delegados gestores, profissionais de saúde e intersetoriais para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, desfalcando assim nossa equipe de delegados e diminuindo a força do controle social do nosso estado.

### 31 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO PELA NÃO REALIZAÇÃO DA ETAPA ESTADUAL DA IV CONFERÊNCIA

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial é uma demanda da sociedade civil organizada que propôs esta agenda a partir da Marcha dos Usuários em Brasília em 2009, bem como recomendação da reunião ampliada da CISM/2009 e resolução 433/2010 do Conselho Nacional de Saúde de 14 de janeiro de 2010. Isto mostra mais uma vez que a construção da política pública é resultado do protagonismo dos sujeitos envolvidos na possibilidade de uma proposta ética, estética e política para a qualidade da atenção e gestão das práticas de saúde. Os delegados da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, reunida em Brasília dos dias 27 de junho de 2010 a 01 de julho de 2010, repudiam o ato do governo do estado de São Paulo do período de 2007 a 2010, que numa postura autoritária e de desídia colocou-se contrário à realização da Conferência Estadual de Saúde Mental - Intersetorial, assim como fez com outras conferências em outros momentos, não acatando a deliberação do Pleno do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo.

### 32 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL PELA NÃO IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Considerando os princípios da Constituição Federal de 1988 e da legislação do SUS que garante a atenção à saúde dos cidadãos, de acesso universal, de base territorial, com equidade, participação e controle social e considerando a legislação 10216/2001, que institui a reforma psiquiátrica com a implantação de serviços substitutivos e atenção humanizada da Saúde Mental: nós participantes da IV CNSM-I, em nome da rede intersetorial do Distrito Federal, dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental do DF, repudiamos o desinteresse e o descaso total com que o governo do DF, a Secretaria de Saúde e a Gerência de Saúde Mental do DF vem tratando a saúde com a não implantação de Políticas de Saúde Mental, reforçando o modelo hospitalocêntrico e o penúltimo lugar entre as unidades da Federação, segundo análise do Ministério da Saúde. Aproveitando este espaço democrático, solicitamos medidas urgentes de fiscalização e punição por parte dos órgãos do Governo Federal, ao Governo do DF e seus gestores pela não implantação da Política Nacional de Saúde Mental no DF.

### 33 - MOÇÃO DE REPÚDIO ÀS SECRETARIAS ESTADUAIS QUE NÃO GARANTIRAM HOSPEDAGEM A SEUS DELEGADOS

Nós, delegados e delegadas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, repudiamos as secretarias estaduais de saúde que não garantiram as hospedagens para os segmentos de trabalhadores, interssetoriais e gestores/prestadores oriundos dos diversos municípios e de diferentes entidades nos Estados, como por exemplo, no Estado do Goiás, dentre outros. Esses (as) delegados (as) tiveram que recorrer a diversos recursos para estarem aqui exercendo a sua militância e protagonismo. Repudiamos a falta de sensibilidade, repudiamos a burocracia que entrava os avanços SUS, a falta de investimentos em capacitação em políticas públicas que garantam a interssetorialidade e o respeito às diferenças, em especial na saúde mental.

### 34 – MOÇÃO DE APOIO À PREFEITURA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO E DEMAIS ENTIDADES PELA REALIZAÇÃO DA PLENÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL –INTERSETORIAL DE SÃO PAULO

Nós, delegadas e delegados da IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial, agradecemos o empenho e a solidariedade da prefeitura de São Bernardo do Campo , através da sua Secretaria Municipal de Saúde, dos conselheiros estaduais e das entidades que não mediram

esforços para a realização da plenária estadual de São Paulo, reconhecida como etapa estadual pelo Conselho Nacional de Saúde, possibilitando a formação da delegação do Estado de São Paulo a esta conferência.

### 35 – MOÇÃO EM DEFESA DA REDUÇÃO PROGRESSIVA DO NÚMERO DE PACIENTES E MORADORES DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E DA CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DEMOCRÁTICO DE SAÚDE MENTAL EM SOROCABA-SP

A portaria de 1101/2002 do Ministério da Saúde recomenda um máximo de 0,45 leitos psiquiátricos por 1.000 habitantes. Considerando-se a população de Sorocaba (estimada em 584.313 habitantes pelo IBGE em 2009), a cidade deveria ter no máximo 283 leitos psiquiátricos. No entanto, conta hoje com 1.039 leitos, cerca de 3,5 vezes mais que o recomendado, o que mostra a permanência de um modelo de atenção psiquiátrica ultrapassado no município, baseado na internação dos pacientes psiquiátricos e não na sua reabilitação psicossocial. Em virtude disso, nós abaixo assinamos em defesa de uma proposta de redução consistente do número de leitos psiquiátricos no município no prazo de três anos, de acordo com a seguinte meta:

Final de 2010 - Redução para 787 Leitos

Final de 2011 – Redução para 535 Leitos

Final de 2012 – Redução para 283 Leitos

Assinamos ainda a defesa da construção de serviços públicos municipais substitutivos aos hospitais psiquiátricos em Sorocaba, nos moldes da reabilitação psicossocial, como é o caso dos centros de atenção psicossocial e das residências terapêuticas, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

### 36 - MOÇÃO DE REPÚDIO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERRA/ES PELA EXONERAÇÃO SUMÁRIA DA COORDENADORA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO

Manifestamos nosso repúdio à Secretaria Municipal de Saúde da Serra/Espírito Santo pela exoneração abrupta e não justificada da Coordenadora de Saúde Mental daquele município, Zenith Gagno Azolim. A Secretaria apenas informou a profissional da exoneração da função, sem apresentar justificativa alguma, sem apresentar críticas à condução de sua prática, sem apresentar outro nome para a coordenação ou uma proposta ou projeto para a Saúde Mental do município. Os avanços da atenção em Saúde Mental no município de Serra e o apoio de seus profissionais e do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do ES atestam o compromisso da profissional com a Reforma Psiquiátrica. Nosso repúdio vem da preocupação quanto à continuidade da Reforma

Psiquiátrica Antimanicomial no município de Serra, como garantia da oferta de atenção territorial em Saúde Mental e do respeito aos usuários dos serviços e a seu lugar de cidadãos.

### 37 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO DESCOMPROMISSO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DE DOURADOS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Manifestamos nosso repúdio à falta de compromisso e responsabilidade dos gestores municipais de saúde de Dourados - Mato Grosso do Sul com os serviços de saúde mental, que nos últimos meses têm passado por diminuição de atendimento, de profissionais, de oficinas, de período de funcionamento dos CAPS, além da não contratação de profissionais para compor uma equipe mínima para o funcionamento dos CAPS de Dourados.

### 38 - MOÇÃO DE REPÚDIO À ATUAL POLÍTICA DE PRECARIZAÇÃO E PRIVATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM NATAL-RN

Nós, usuários, familiares, profissionais de saúde e movimentos sociais, estamos nos posicionando de forma contrária e repudiamos o modelo privatista e autoritário que está sendo implantado pela Secretaria Municipal de Saúde no SUS da cidade de Natal, Rio Grande do Norte. À semelhança do que vem ocorrendo em outros municípios brasileiros, há uma situação de precarização instalada, de ineficiência deliberada de gestão, com o objetivo claro de privatizar os serviços e a própria gestão. Aqueles que resistem estão sendo exonerados. As mais recentes ações desta gestão foram as exonerações da coordenadora de saúde mental e da coordenadora do CAPSi. Além disso, recentemente, a UPA de Pajucara foi instituída com gestão de uma organização social (OS), com um contrato de seis milhões de reais, sem ter sido discutido no Conselho Municipal de Saúde e sem licitação pública. O contrato está sendo questionado através de notificação do Ministério Público. Entendemos que este caminho é contrário à consolidação e fortalecimento do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, conquistas do povo Brasileiro.

Apresentamos a esta conferência a indignação e o repúdio ao atual modelo privatizante, centralizador e autoritário que vem sendo implantado na cidade de Natal.

## Comissão Organizadora

Instituição/ Órgão/ Entidade/ Movimento	Representação	Quant.
<b>Ministério da Saúde (05)</b>	SGEP	02
	Secretaria Executiva	01
	Secretaria Executiva	01
	Coordenação da Comissão Intersetorial de Saúde Mental - CISM	01
	Conselho Federal de Psicologia - CFP	01
	Federação Nacional dos Psicólogos - FENAPSI	01
	Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais - ABRATO	01
<b>Conselho Nacional de Saúde (12)</b>	Federação Nacional dos Assistentes Sociais - FENAS	01
	Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN	01
	Federação Nacional dos Farmacêuticos - FENAFAR	01
	Associação Brasileira de Autismo - ABRA	01
	Associação Brasileira Alzheimer - ABRAZ	01
	Fórum Nacional de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena	01
	Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down	01
<b>Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS</b>		01
<b>Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS</b>		01
<b>Associação Brasileira de Magistrados e Promotores de Justiça da Infância e Juventude – ABMP</b>		01
<b>Secretaria Especial dos Direitos Humanos – SEDH – PR (04)</b>	SEDH	03
	Entidade da sociedade civil a ser indicada	01
	Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS	01
<b>Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome - MDS</b>	Fórum Nacional de Secretários de Estado de Assistência Social - FONSEAS	01
	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Assistência Social	01
<b>Ministério da Educação</b>		01
<b>Ministério da Justiça</b>		01
<b>Ministério do Trabalho e Emprego/Secretaria Nacional de Economia Solidária</b>	Economia Solidária	01
<b>Ministério da Cultura</b>		01
<b>Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil</b>	Preferencialmente intersetorial	01
<b>Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO</b>		01
<b>Redução de Danos</b>	Entidade de âmbito nacional	01
<b>Rede Nacional Inter núcleos da Luta Antimanicomial</b>	Usuário e familiar	02
<b>Movimento Nacional da Luta Antimanicomial</b>	Usuário e familiar	02
<b>Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP</b>		01
<b>Relatoria</b>		02
	<b>TOTAL</b>	<b>42</b>



## **Comissão Organizadora**

### **Subcomissões:**

#### **I- Comitê Executivo:**

Coordenação Geral – MS - Pedro Gabriel Delgado  
Coordenação Adjunta – SDH – Carmem Oliveira  
Coordenação Adjunta – MDS – Aline Ribeiro Dantas  
Coordenação Adjunta – CNS – Rozangela Camapum  
Secretaria Geral – MS – Sandra Fagundes  
Secretaria Geral Adjunta – CNS/CISM – Carmen Luiz  
Secretaria Geral Adjunta – Paulo Michelon  
Relatoria Geral – Fernanda Nicácio  
Relatoria Adjunta – Eduardo Mourão Vasconcelos

#### **II- Comissão de Programação:**

ABRASCO – Paulo Amarante  
CFP – Elisa Zaneratto Rosa  
ABP – Hélio Lumar  
ABORDA – Domiciano José Ribeiro Siqueira  
MDS – Aline Ribeiro Dantas  
MJ – Marcos Castelo Branco Alvez Rito  
MEC – Marta Klunb de Oliveira Rabelo  
SGEP – Ana Costa  
MNLA – Iracema Polidoro  
RENILA – Cirlene Ornelas  
ABMP – Pedro Oto de Quadros  
ABRATO – José Naum Chagas  
FONSEAS – Marina Rosa de Sampaio Bragança  
CONGEMAS – Maria Izabel

#### **III - Comissão de Programação Cultural**

ABRASCO – Paulo Amarante  
CONGEMAS – Maria Izabel  
RENILA – Cirlene Ornelas  
MNLA – Iracema Polidoro  
MINC – Frederico Hermann Barbosa Maia

#### **IV - Comissão de Leitura dos Textos de Apoio**

Alfredo Schechtman  
Domingos Sávio do Nascimento Alves  
Eduardo Mourão Vasconcelos  
Elisa Zanerato Rosa  
Fernanda Nicácio  
Hélio Lumar

#### **Assessoria Técnica:**

MS/SM – Alfredo Schechtman

MS/SM – Ana Ferraz  
MS/SM – Cristina Hoffmann  
MS/SM – Karime da Fonseca Porto  
CNS/SE – Erlen Matta

#### **V - Comissão de Articulação e Mobilização**

CONASS – Ana Raquel Santiago de Lima  
CONASEMS – Maria do Carmo Carpinteiro  
INDÍGENA/ FOPRECONDISI/CNS – Edemilson Canale  
FENAPSI – Valéria Cristina Lopes Princz  
SGEP – Luís Carlos Bolzan  
MNLA – Maria Dirce Cordeiro  
RENILA – Paulo Michelin  
SDH – Silvia Edith Duarte Marques  
FENAS – Maria Laura Carvalho Bicca  
ABRA – Maria do Carmo Ribeiro  
CNAS – Frederico de Souza Leite  
SENAES/ M T E – Maurício Sardá  
SEDES – Maria Silvia de Mesquita Bolghese  
FNSM-IJ/MNMMR – Ana Lúcia  
ABRAZ – Lilian Aliche

##### **Assessoria Técnica:**

MS/SM – Milena Pacheco  
MS/SM – Taciane Monteiro  
CNS/SE – Verbena Melo

#### **VI - Comissão de Logística e Infra-estrutura**

FBASD – Maria Thereza Antunes  
MS/SE – Ricardo Corrêa  
CNS/SE – Rozângela Camapun

##### **Assessoria Técnica:**

MS/SM – Karine Cruz  
MS/SM - Rúbia Persequini

#### **VII - Comissão de Comunicação Social**

ABEN – Jeferson Rodrigues  
CNS/CISM – Carmen Lúcia Luiz  
MINC – Frederico Hermann Barbosa Maia

##### **Assessoria Técnica:**

MS/SM – June Scafuto  
MS/SM – Francisco Cordeiro  
MS/SM – Renata Weber  
CNS/SE – Eva Patrícia

#### **VIII- Comissão de Acolhimento/Apoio aos Estados**

Cirlene Ornelas

Gabriel Alves  
Iracema Polidoro  
Jorgina Ferreira  
Maria Dirce Cordeiro  
Milena Pacheco  
Paula Filippon  
Paulo Amarante  
Paulo Michelin  
Ricardo Lins  
Valéria Princz

#### **XIX - Comissão de Relatoria**

Relatora-geral – Fernanda Nicácio  
Relator adjunto – Eduardo Mourão Vasconcelos  
FENAFAR – Débora Raymundo Melecchi  
SEDH – Maria Auxiliadora de Almeida Cunha Arantes  
CNS/SE – Rozangela Camapum

#### **Comissão de Consolidação do Relatório Final**

Relatora-geral - Fernanda Nicácio  
Relator-adjunto - Eduardo Mourão Vasconcelos  
Secretária Geral da IV CNSM-I - Sandra Fagundes  
Ana Luisa Aranha e Silva  
Analice Palombini  
Elizabete Ferreira Mângia  
Fernando Ramos  
Karen Santo Athié  
Lúcia Rosa  
Luciano Elia  
Lumena Furtado  
Maria Cristina Ventura Couto  
Melissa Tieko Muramoto  
Rossano Lima  
Simone Mainieri Paulon

#### **Apoio**

Karime Pôrto  
Mayara Soares dos Santos  
Milena Leal Pacheco  
Renata Weber  
Taciane Pereira Maia Monteiro

#### **Revisão**

Pedro Gabriel Delgado  
Renata Weber  
Karime Pôrto

#### **Coordenadores, Relatores e Facilitadores de Grupos de Trabalho**

Alberto Gonçalves dos Santos  
Alexandra Maria Ximendes

Ana Carla S. Silveira da Silva  
Ana Carolina  
Ana Cristina  
Ana Luisa Aranha e Silva  
Ana Marta Lobosque  
Ana Pitta  
Ana Regina  
Anibal Machado  
Arnaldo Marcolino da Silva Filho  
Bárbara Eleonora Bezerra Cabral  
Beatriz Duria  
Carmem Vera Passos Ferreira  
Carmen Lúcia Luiz  
Cirlene Ornelas  
Cristina Loyola  
Darliane Dantas de Oliveira  
Décio de Castro Alves  
Edilaine Rofin  
Edmar Oliveira  
Elaine Cristina Pedrosa Barreto  
Eler Sandra de Oliveira  
Elisa Zaneratto Rosa  
Elisabete Ferreira Mângia  
Elisabete Satie Henna  
Fernanda Magano  
Fernanda Penkala  
Fernando Ramos  
Fernando Sfair Kinker  
Florianita Campos  
Gina Ferreira  
Graziella Barreiros  
Heloiza Massanaro  
Iracema Polidoro  
Ivarlete Guimarães de França  
Jacques Ackerman  
Jairo Cesar Lunardi  
Jeferson Rodrigues  
Jefferson Silva Mendes  
José Evandro Silva Soares  
Juliana Mara de Freitas Sena  
Jussara Cony  
Karen Santo Athié  
Luciano Elia  
Luis Anibal Machado  
Luis Bolzan  
Lumena Furtado  
Madalena Libério  
Marcela Lucena  
Marcelo Brandt Fialho  
Marcelo Kimati  
Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira  
Marco José Duarte  
Maria Adenilda Mastelaro

Maria Cristina Carvalho  
Maria Cristina Ventura Couto  
Maria de Fátima Bueno Fischer  
Maria Dirce Cordeiro  
Maria do Carmo Cabral Carpintéro  
Maria do Rosário  
Maria Elisabete Meola  
Maria Erminia Ciliberti  
Maria Gabriela Curubeto Godoy  
Maria Goreti Palmeira Santos  
Maria Laura C. Bicca  
Maria Marusa Carleso  
Maria Silvia Bolguese  
Marília Capponi  
Marta Elizabeth de Souza  
Marta Zappa  
Mauro Elias Mendonça  
Melissa Tieko Muramoto  
Michele Cervo  
Miriam Dias  
Miriam Soares  
Moacyr Miniussi Bertolino Neto  
Neli Almeida  
Neuza Paiva  
Paulo Michelin  
Rafael Wolski  
Roberto Tykanori Kinoshita  
Ronald Ferreira dos Santos  
Rosangela Ogawa  
Ruth Cardoso Vidal  
Sandra Regina Guedes Pacheco  
Sandra Vitorino  
Sebastião Ambrózio  
Silvia Edith Duarte Marques  
Silvia Maria Soares Ferreira  
Silvio Yasui  
Simone Chandler Frichembruder  
Simone Mainieri Paulon  
Sônia Barros  
Sony Regina Petris  
Stellamaris Pinheiro Souza Nascimento  
Suzana Robortella  
Tanara Cidade de Souza  
Tânia Maris Grigolo  
Teresa Monnerat  
Teresinha Ferreira  
Valéria Cristina Lopes Princz  
Vânia Regina da Silva  
Victor Meneses de Melo  
Ximena Luisa Catalan Pavez

### **Comissão de Apoio aos Grupos de Trabalho do Eixo III**

Gilson Silva

Luiz Anibal Vieira Machado

Maria do Carmo Cabral Carpintéro

Sandra Fagundes

### **Relatores de Síntese dos Grupos de Trabalho e Colaboradores**

Aline Cescon Alves Jardim

Ana Luisa Aranha e Silva

Ana Pitta

Analice Palombini

Bárbara Eleonora Bezerra Cabral

Cristina Loyola

Eduardo Mourão Vasconcelos

Elisabete Ferreira Mângia

Fernanda Nicácio

Fernando Ramos

Lucia Rosa

Luciano Elia

Lumena Furtado

Marcela Lucena

Maria Cristina Ventura Couto

Maria Elisabete Meola

Melissa Tiekko Muramoto

Merelin Sena

Rebeca Litvin

Rossano Lima

Sandra Fagundes

Simone Paulon

### **Apoio**

Karen Santo Athié

Melissa Tiekko Muramoto

### **Relatores e Facilitadores da Plenária Final**

Ana Luisa Aranha e Silva

Analice Palombini

Bárbara Eleonora Bezerra Cabral

Carmen Lúcia Luiz

Elisabete Ferreira Mângia

Fernando Ramos

Fernando Sfair KInker

Lúcia Rosa

Luciano Elia

Luiz Anibal Vieira Machado

Marcela Lucena

Maria Cristina Ventura Couto

Melissa Tiekko Muramoto

Moacyr Miniussi Bertolino Neto

Raimundo Nonato Soares

Rebeca Litvin

Rossano Lima

## Anexos

### Conjuntos de Propostas não Avaliadas pela Plenária Final:

**Conjunto 1** - Este primeiro conjunto, totalizando 41 propostas, constava do Sub-Eixo 1.5 (Participação social, formulação de políticas e controle social) e foi aprovado em bloco por um dos grupos de trabalho, sem que cada uma delas fosse analisada. A plenária final não teve condição de avaliá-las, e indicou que deveriam apenas constar como anexo do relatório final. A Comissão de Relatoria avaliou posteriormente que uma das propostas (a de número 1) apresenta outra versão diferenciada já aprovada, e várias outras já possuem versões similares discutidas e aprovadas naquele e no conjunto dos demais sub-eixos.

1. Garantir que as Conferências Nacional, Estadual e Municipal em Saúde Mental sejam realizadas a cada três (03) ano.
2. Ampliar as discussões na área de Saúde Mental nos diversos setores da sociedade, possibilitando espaços de conscientização, e criar políticas de educação e intervenção cultural voltadas para a desestigmatização das pessoas com transtornos mentais.
3. Fiscalizar a implementação das ações de saúde mental na Atenção Básica para o atendimento de transtornos leves.
4. Mobilizar a participação social com a convergência de toda a rede de apoio a saúde e intersetorial, para se posicionar frente aos problemas de saúde mental encontrados, na busca de uma política de re-inclusão social, com o envolvimento e mobilização de gestores, profissionais, usuários e famílias.
5. Modificar o regimento do Conselho Municipal de Saúde, incluindo representante da saúde mental, criando vagas de representantes dos CAPS nos conselhos municipais de saúde.
6. Contribuir com o processo de politização e “conscientização” da comunidade, em especial da família em relação à saúde mental e à importância de sua participação.
7. Formular políticas de inserção de usuários de saúde mental na sociedade.
8. Criar mecanismos institucionais de divulgação dos direitos dos usuários de saúde mental.
9. Criar fóruns municipais e regionais para discussão sobre Saúde Mental, e que sejam paritários, com representação dos usuários, trabalhadores e gestores pautados pela intersetorialidade para formulação, avaliação e monitoramento das ações propostas
10. Proibir a veiculação da propaganda de uso de álcool e outras drogas na mídia.
11. Incentivar que as empresas privadas adotem políticas de Responsabilidade Social no campo da saúde mental.
12. Mobilizar a sociedade para a necessidade de modificação do conceito de incapacidade, inimizabilidade e periculosidade, adequando-as à realidade atual
13. Fomentar e monitorar a criação de portarias que estimulem o trabalho intersetorial no âmbito da Saúde Mental nas esferas Federais, Estaduais e Municipais.
14. Garantir que as Secretarias Municipais de Saúde adotem um modelo de gestão plenamente participativo e democrático, inclusive práticas de planejamento tanto não estruturadas quanto estruturadas, criando dispositivos permanentes de gestão colegiada que permitam constante diálogo entre todos os gerentes de serviços da rede de Saúde Mental, gestores de nível local e central, assim como representantes dos usuários e dos familiares.
15. Estimular o Controle Social, nos moldes do Mobiliza SUS, em todos os serviços de saúde mental, garantindo o exercício da cidadania.
16. Monitorar e cobrar das Secretarias de Saúde a implementação da rede de Saúde Mental, com implantação de atendimento às urgências psiquiátricas, leitos de internação em hospitais gerais (crise e desintoxicação) para transtornos mentais e transtornos por uso de álcool e outras drogas, com equipe treinada e em número suficiente para possibilitar o

- tratamento humanizado dos portadores.
17. Efetivar a política de humanização no atendimento em todos os serviços de saúde públicos e conveniados ao SUS.
  18. Garantir nas ações de auditoria municipal, acompanhamento e fiscalização das ações de saúde mental quanto à aplicação dos recursos e à qualidade dos serviços prestados, garantindo a intersetorialidade e a integralidade.
  19. Cobrar mais aplicação na fiscalização da aplicação das verbas públicas pelos Conselhos Municipais de Saúde dos programas governamentais de reinserção do usuário de álcool e drogas.
  20. Implantar os Conselhos Locais de Saúde em 100% dos CAPS, com vistas ao fortalecimento do controle social, garantindo representação nos conselhos municipal e estadual.
  21. Estimular a participação dos usuários e dos profissionais e familiares da Rede de Saúde Mental nos Conselhos Locais de Saúde.
  22. Implantar câmara técnica com representantes de saúde mental, seja usuários, familiares, trabalhadores de saúde mental, no Conselho Municipal de Saúde.
  23. Estabelecer reuniões da equipe multidisciplinar dos serviços substitutivos para orientar os familiares acerca do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, através de estratégias de cuidados, como ações coletivas que promovam a convivência entre usuários e familiares.
  24. Incentivar a participação de familiares através de mobilizações para as reuniões do Conselho Municipal, com intuito de sensibilizar a família e a comunidade para a problemática do cuidado, e nos serviços implantar assembleias deliberativas dos usuários em todas as unidades de saúde.
  25. Garantir o PNASH nos hospitais e clínicas psiquiátricas conveniados com o SUS no âmbito municipal e estadual, bem como a avaliação dos serviços públicos de saúde mental, garantindo a participação de representantes do controle social, e garantir a divulgação dos resultados do PNASH.
  26. Garantir que a política de saúde mental da SMS, incluindo os programas e projetos com o Ministério da Saúde, seja encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde antes da sua implantação e que o Conselho faça acompanhamento periódico da sua execução.
  27. Reduzir a burocracia e facilitar o acesso relacionado ao serviço de saúde mental.
  28. Reivindicar melhorias para a atenção a saúde mental, principalmente nas crises.
  29. Que os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde criem mecanismos para dar visibilidade e garantir o cumprimento do disposto na Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
  30. Garantir que as propostas oriundas das conferências sejam encaminhadas aos gestores municipais para sua efetivação política.
  31. Formular políticas voltadas a atenção integral às crianças e adolescentes usuárias de substâncias psicoativas, com inserção no PPA e LOAS.
  32. Desenvolver política de incentivo financeiro na área de saúde mental em municípios que não estão contemplados na portaria 336/02GM, cujo perfil epidemiológico expresse indicadores relevantes de transtornos mentais.
  33. Exigir o cumprimento da PEC 29 garantindo recursos para os Projetos de Saúde Mental, respeitando os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.
  34. Elaborar uma agenda periódica conjunta entre os conselhos municipais que discorra sobre saúde mental.
  35. Diálogo harmônico entre as políticas públicas e a sociedade civil através do orçamento participativo.
  36. Divulgar o papel dos Conselhos de Saúde Municipais e Estadual na mídia, de forma a sensibilizar a participação popular.
  37. Que os projetos de organizações da sociedade civil (OSC), relacionadas à Saúde Mental e uso, abuso e dependência de drogas, sejam fiscalizados pelos Conselhos de Políticas e de Direitos correspondentes, no que diz respeito a atuação e ocupação dos recursos designados e utilizados nesses respectivos projetos



38. Garantir o exercício do controle democrático sobre o sistema de saúde e de saúde mental na formulação de políticas e programas, através dos representantes de usuários, familiares, trabalhadores, gestores e representantes da sociedade civil nos conselhos de saúde, demais formas de controle social em seus diversos níveis, reforçando a política do SUS como política de Estado e não de governo.
39. Garantir, por meio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, junto às Secretarias, diretorias e gestores locais, que os serviços de saúde mental substitutivos tenham supervisão clínica e institucional regular, com discussões permanentes dos projetos terapêuticos dos usuários.
40. Exigir a elaboração de políticas públicas que melhorem a distribuição de renda para diminuir as desigualdades.
41. Ampliação, fortalecimento e qualificação das Ouvidorias de Saúde quanto às questões de Saúde Mental para maior resolutividade e resposta posterior ao solicitante.

**Conjunto 2:** Estas 21 propostas foram identificadas pelos vários grupos de trabalho como muito díspares da discussão temática particular de seus respectivos grupos, e portanto foram encaminhadas a outros sub-eixos. A plenária final também não teve condição de avaliá-las, e da mesma forma que no Conjunto 1, decidiu que deveriam apenas constar como anexo do relatório final. De qualquer forma, a Comissão de Relatoria avaliou posteriormente que a maioria delas teve propostas similares devidamente discutidas e aprovadas no decorrer dos grupos de trabalho e na plenária final.

1. Criar um mecanismo para o cumprimento do código sanitário a nível Federal, Estadual e Municipal.
2. Fazer cumprir a lei nº 8.069/90 referente à comercialização de bebidas alcoólicas nas proximidades de escolas.
3. Proibição de propagandas de bebidas de qualquer teor alcoólico em todas as formas de mídia.
4. Capacitar equipes técnicas dos hospitais de referência, dos serviços de saúde, educação, assistência social, conselheiros tutelares, e operadores do direito e segurança pública para estratégias de redução de danos; desenvolver ações de prevenção ao uso/abuso de álcool e outras drogas nas escolas e equipamentos comunitários.
5. Garantir o aumento do repasse financeiro para contratação, via concurso público, de recursos humanos incluindo um psicólogo, assistente social e acompanhante terapêutico para todas equipes da ESF.
6. Proposição ao Ministério da Educação que a adaptação curricular e redução de turmas sejam iniciadas após a avaliação multiprofissional sem a necessidade do CID, e ainda a ampliação do convênio com o Ministério da Saúde.
7. Implantar escolas em período integral para crianças adolescente, para que elas recebam cuidado intensivo necessário para seu desenvolvimento saudável.
8. Garantir a fiscalização das normas técnicas que regulamentam o funcionamento das comunidades terapêuticas.
9. Elaborar um plano de ação em saúde mental nas três esferas de governo, que contemple ações de promoção da saúde mental, prevenção, tratamento e reabilitação, fluxo de atenção na rede básica e especializada, o encaminhamento e o retorno das pessoas.
10. Garantir nas três esferas de governo a contratação de trabalhadores de saúde via concurso público, favorecendo a transparência das contratações.
11. Reduzir o coeficiente de habitantes por CAPS municipal, a partir de 5.000 habitantes.
12. Assegurar o cumprimento das leis/dispositivos normativos (portarias) da reforma psiquiátrica e ampliar a meta proposta do Ministério da Saúde de implantação de CAPS para cada 100 mil habitantes, com gestão pública municipal, em casos extraordinários, sob gestão estadual.

13. Reformular a Portaria 336/MS que normatiza a implantação de CAPS III com a garantia de inclusão de equipes multiprofissionais de enfermeiro, psicólogo e terapeuta ocupacional psiquiatra e outros profissionais no período noturno e nos finais de semana, viabilizando recursos financeiros.
14. Fomentar discussão junto ao Ministério da Saúde sobre a regulamentação da Portaria 336, para a criação de CAPS no que diz respeito ao coeficiente de habitantes, possibilitando que municípios menores possam ser contemplados.
15. Promover programas interministeriais que qualifiquem ações de Educação, Cultura, Esporte, Emprego e Renda, objetivando a promoção da saúde mental e inclusão social.
16. Estimular ações cooperativas e a implantação de cooperativas sociais para a construção da autonomia de usuários, familiares e comunidade pelo desenvolvimento de grupos de ajuda e suporte mútuo de apoio familiar, com investimento em lazer, cultura, esporte gestão de trabalho e renda através do fomento de ações de economia solidária.
17. Garantir estratégias na formação profissional (residências, pró-saúde, pet-saúde e outros) e nos planos de ações para educação permanente em saúde, de capacitação para o desenvolvimento de práticas clínicas centradas na atenção psicossocial e na construção de ações articuladas em rede.
18. Estimular que os profissionais de saúde do SUS e do INSS sejam sensíveis aos casos dos portadores de LER/DORT que sucumbem à depressão, única e exclusivamente em decorrência da incapacidade física para o trabalho. Tratar essas doenças mentais como doenças decorrentes do trabalho.
19. Que os Conselhos Profissionais em nível Federal e Regional e a ANVISA, exerçam efetivo controle sobre as prescrições indiscriminadas de medicamentos psicotrópicos, bem como na fiscalização e cumprimento dos critérios da normativa em relação ao funcionamento das Comunidades Terapêuticas.
20. Implantar serviços em espaços sócio comunitários, como centros de convivência que desenvolvam projetos de promoção da saúde mental e prevenção de agravos, como oficinas de arte, cultura e práticas esportivas, efetivando a parceria entre as Secretarias de Esporte, Lazer, Cultura e Educação.
21. Implantar um modelo de atenção em saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero:
  - Melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de sofrimento psíquicos no SUS;
  - Qualificar a atenção em saúde mental das mulheres;
  - Incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de sofrimento psíquico;
  - Promover a integração com setores não governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres com sofrimento psíquico.

## **Observações escritas de participantes da Plenária Final encaminhadas à Relatoria**

Na Plenária Final, dada a impossibilidade de destaques de revisão das propostas, e conforme sugestão apresentada e aprovada na própria plenária para agilização das deliberações, no sentido de que fossem analisadas posteriormente pela Comissão de Relatoria, alguns participantes encaminharam algumas observações escritas à Relatoria, referentes a questões terminológicas e eventuais pequenos acréscimos de aperfeiçoamento da formulação de propostas, ou para inclusão de propostas que teriam sido aprovadas nos grupos de trabalho e que eventualmente não foram encaminhadas à plenária. Estas observações foram examinadas uma a uma, e apresentadas abaixo, com o parecer da comissão de relatoria, que optou por lhes dar plena visibilidade, mas apresentando-as em anexo, na medida em que não passaram pela discussão e decisão da plenária. No caso particular das propostas não constantes no consolidado enviado à plenária, foram checados os relatórios dos grupos, e constam abaixo apenas as propostas que efetivamente faziam parte destes relatórios.

### **1ª observação:**

**Acrescentar no Eixo I, (191): Conforme pactuado por sugestão do MS, “e uso de álcool e drogas”.**

Esta observação se refere à proposta de número 155 do Relatório Final. A Relatoria considera que a proposição é relevante e coerente com o espírito geral das decisões da Plenária Final.

### **2ª observação:**

**Incluir no Eixo 2 (317), de inclusão/acessibilidade, incluir o povo cigano, onde se lê: Garantir a inclusão e o acesso universal aos cuidados em saúde mental e atendimento diferenciado nos serviços de saúde para as pessoas idosas, HIV/AIDS e população quilombolas e indígenas, LGBT, e ciganos...**

Esta observação se refere à proposta de número 593 do Relatório Final. A Relatoria considera que a proposição é relevante e coerente com a proposta, assim como com o espírito geral das decisões da Plenária Final.

### **3ª observação:**

No Eixo II, subitem 2.9: **Garantia de acesso universal em saúde mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/ etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outros condicionantes sociais na determinação da saúde mental.**

As propostas apresentadas e aprovadas no Grupo 25 e 27 (provenientes de outros sub-eixos) não foram contempladas na redação final da relatoria encaminhada à Plenária Final, perdendo o foco das propostas que são específicos à saúde mental e AIDS.

25. **Garantir políticas intersetoriais e integrais de atenção à saúde mental em todas as fases da vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, com o objetivo de garantir assistência integral quanto aos danos psíquicos decorrentes dos estigmas e preconceitos produzidos historicamente e em relação à adesão ao tratamento em DST/HIV/AIDS, assim como desenvolver, fomentar, divulgar estudos e pesquisas acerca da saúde mental dessa clientela.**

27. **Garantir a atenção em saúde mental da população LGBT, pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, em decorrência dos efeitos colaterais frente ao uso dos anti-retrovirais.**

Na checagem do relatório do Grupo de Trabalho apresentam-se as seguintes propostas:

25. **Garantir políticas intersetoriais e integrais de atenção à saúde mental em todas as fases da vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, com o objetivo de garantir assistência integral quanto aos danos psíquicos decorrentes dos estigmas e preconceitos produzidos historicamente e em relação à adesão ao tratamento em DST/HIV/AIDS, assim como desenvolver, fomentar, divulgar estudos e pesquisas acerca da saúde mental dessa clientela.**

27. **Garantir o cumprimento da Lei 10216/01, assegurando os direitos de cidadania de pessoas com transtornos mentais, população LGBT e demais grupos em situação de vulnerabilidade social, em decorrência dos efeitos colaterais frente ao uso dos anti-retrovirais.**

A Relatoria considera que a proposição é relevante e coerente com as propostas do sub-eixo 2.9 e com o espírito geral das decisões da Plenária Final.

## IV CNSM-I - Fontes Documentais

1. Temário da IV CNSM-I, publicado em Caderno Informativo e no sítio da IV CNSM-I.
2. Legislação da IV CNSM- I, publicada em Caderno Informativo e no sítio da IV CNSM-I:
  - 2.1 Decreto de 29 de Abril de 2010
  - 2.2 Resolução CNS nº 433, de 14 de janeiro de 2010
  - 2.3 Recomendação CNS 0001, de 11 de março de 2010
  - 2.4 Recomendação 01/2010 da Comissão Organizadora da IV CNSM-I, de 30 de Abril de 2010
  - 2.5 Recomendação 02/2010 da Comissão Organizadora da IV CNSM-I, de 30 de Abril de 2010
  - 2.6 Recomendação 03/2010 da Comissão Organizadora da IV CNSM-I, de 05 de Maio de 2010
  - 2.7 Recomendação 04/2010 da Comissão Organizadora da IV CNSM-I, de 05 de Maio de 2010
  - 2.8 Regimento da IV CNSM-I.
3. Agenda das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde Mental – sítio da IV CNSM-I.
4. Consolidado dos Relatórios Estaduais de Saúde Mental – material distribuído na IV CNSM-I.
5. Regulamento da IV CNSM-I, distribuído na IV CNSM-I.
6. Textos de Apoio às discussões da Conferência, publicados no sítio da IV CNSM-I.
7. Saúde Mental em Dados 7, publicado no sítio da IV CNSM-I.
8. Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH 3 – Decreto 7.037, de 21 de dezembro de 2009, publicado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República.
9. Documento “Saúde Mental e Direitos Humanos – Contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial”, Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República.

# REGULAMENTO DA ETAPA NACIONAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - INTERSETORIAL

## CAPÍTULO I

### DOS OBJETIVOS

**Art. 1º** - A etapa nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I), convocada através do Decreto Presidencial publicado em 29 de abril de 2010, origina-se da Resolução nº. 433, do Conselho Nacional de Saúde, homologada pelo Ministro da Saúde em 14 de janeiro de 2010, com base na Lei n. 8142, de dezembro de 1990, terá como objetivo debater temas relevantes para o campo da Saúde Mental, assim como os avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, na perspectiva da intersetorialidade.

**Parágrafo 1º** – A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial se realizará sob os princípios constitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), da Política Nacional dos Direitos Humanos e das demais políticas intersetoriais.

**Parágrafo 2º** – A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial promoverá o debate da saúde mental com os diversos setores da sociedade no atual cenário da Reforma Psiquiátrica, que indica novos desafios para a melhoria do cuidado em saúde mental no território, devendo contemplar o desenvolvimento de ações intersetoriais, com ênfase nos direitos humanos, assistência social, educação, cultura, justiça, trabalho, esporte, entre outros.

**Parágrafo 3º** - A etapa nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial será realizada em Brasília - DF, de 27 de junho a 01 de julho de 2010, sob os auspícios do Ministério da Saúde, com apoio da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, do Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome, do Ministério da Cultura e do Conselho Nacional de Saúde.

## CAPÍTULO II

### DA ORGANIZAÇÃO

**Art. 2º** - A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde, e na sua ausência ou impedimento eventual, por seu representante.

**Parágrafo Único** – São copresidentes da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial os Ministros de Estado da Secretaria Especial dos Direitos Humanos e do Ministério de Desenvolvimento Social e de Combate à Fome.

**Art. 3º.** - O desenvolvimento da etapa nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial estará a cargo da Comissão Organizadora aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

## CAPÍTULO III

## DOS MEMBROS

**Art. 4º** - São membros da etapa nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial:

- 1200 delegados com direito a voz e voto;
- 102 observadores com direito a voz;
- 200 convidados com direito a voz.

**Art. 5º** - O credenciamento de delegados à etapa nacional deverá ser feito junto à Secretaria da Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, das 8:30h às 18:00h h do dia 27 e das 8:30h às 17:00h do dia 28 de junho de 2010.

**Parágrafo 1º.** – O delegado titular que não comparecer à etapa nacional só poderá ser substituído pelo suplente eleito na etapa estadual, devendo esta substituição ser atestada pela coordenação da delegação estadual, mediante comunicação por escrito, até às 17:00 horas do dia 28 de junho de 2010.

**Art. 6º** – O credenciamento dos observadores da etapa nacional, eleitos nas etapas estaduais, será realizado junto à Secretaria da Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, das 8:30 às 18 h do dia 27 e das 8:30 até às 17:00 horas do dia 28 de junho de 2010.

**Art. 7º** – O credenciamento dos convidados da etapa nacional será realizado junto à Secretaria da Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, em espaço específico para convidados.

## CAPÍTULO IV

### DA PROGRAMAÇÃO

**Art. 8º** - A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial se desenvolverá por meio de Conferência de Abertura, Mesas Eixo, Painéis Simultâneos e Específicos, Grupos de Trabalho e Plenária Final.

### SEÇÃO I

#### DA CONFERÊNCIA DE ABERTURA

**Art. 9º** - A Conferência de Abertura será proferida logo após a Sessão Solene de Instalação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, no dia 27/06/2010, às 19:30 horas, e abordará o tema “**Saúde Mental, Assistência Social e Direitos Humanos: compromissos para uma agenda intersetorial**”, e não será seguida de debate.

### SEÇÃO II

#### DAS MESAS-EIXO

**Art. 10º** - Os eixos temáticos serão discutidos em três mesas, uma por eixo, que ocorrerão no início de cada dia de trabalho, das 8:30 horas às 11:00 horas, do seguinte modo:

28/06 – Mesa Eixo I – Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais;

29/06 – Mesa Eixo II – Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais;

30/06 – Mesa Eixo III – Direitos Humanos e Cidadania Como Desafio Ético e Intersetorial.

**Art. 11º** - A abordagem de cada eixo será realizada mediante exposição a cargo dos convidados, seguida de debates.

**Art. 12º** - Os expositores disporão de 15 (quinze) minutos, prorrogáveis por mais 5 (cinco), para sua apresentação, baseada nas Ementas dos Eixos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.

**Art. 13º** - Após as exposições, a coordenação da mesa abrirá a palavra ao Plenário durante 60 (sessenta) minutos.

**Art. 14º** - Será garantido a qualquer delegado, observador ou convidado manifestar-se verbalmente ou por escrito, durante o período dos debates, mediante perguntas ou observações pertinentes ao tema.

**Parágrafo primeiro** - O tempo máximo para cada intervenção a que se refere este artigo será de 02 (dois) minutos.

**Parágrafo segundo** – As intervenções ocorrerão mediante ordem de inscrição.

**Art. 15º** - As mesas eixo serão dirigidas por um(a) coordenador(a) de mesa indicado(a) pela Comissão Organizadora.

**Art. 16º** - As mesas eixos serão transmitidas em tempo real, com o objetivo de ampliar o acesso às exposições e debates em andamento na etapa nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.

### SEÇÃO III

#### 1 - DOS PAINÉIS SIMULTÂNEOS

**Art. 17º** - Ocorrerão painéis simultâneos após as mesas eixos, nos três dias de debates, das 11:15 horas às 12:30 horas, com o objetivo de discutir os sub-eixos temáticos correspondentes.

**Art. 18º** - A abordagem de cada sub-eixo será realizada por painelistas convidados, seguida de debate.

**Art. 19º** - Os expositores disporão de 10 (dez) minutos, prorrogáveis por mais 5 (cinco) para sua apresentação, baseada nas Ementas dos Sub-Eixos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.

**Art. 20º** - Após as exposições, a coordenação do painel abrirá a palavra aos participantes durante 30 (trinta) minutos.

**Art. 21º** - Será facultado a qualquer delegado, observador ou convidado manifestar-se verbalmente ou por escrito, durante o período dos debates, mediante perguntas ou observações pertinentes ao tema.



**Parágrafo primeiro** - O tempo máximo para cada intervenção a que se refere este artigo será de 02 (dois) minutos.

**Parágrafo segundo** – As intervenções ocorrerão mediante ordem de inscrição.

**Art. 22º** - Os painéis serão dirigidos por um(a) coordenador(a) de painel e um(a) coordenador(a) de debate indicados(as) pela Comissão Organizadora.

**Art. 23º** - Os painéis simultâneos visam contribuir para as discussões nos grupos de trabalho e não implicarão a produção de relatórios próprios.

## **2 - DOS PAINÉIS ESPECÍFICOS**

**Art. 24º** - Ocorrerão painéis específicos com o objetivo de aprofundar o debate dos sub-eixos temáticos, nos dias 28 e 29/06, das 17:30 às 19:00 horas, abordados por convidados indicados pela Comissão Organizadora.

**Art. 25º** - Os expositores disporão de 10 (dez) minutos, prorrogáveis por mais 5 (cinco) para sua apresentação, baseada nas Ementas dos Sub-Eixos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial.

**Art. 26º** - Após as exposições a coordenação do painel abrirá a palavra aos participantes durante 30 (trinta) minutos.

**Art. 27º** - Será facultado a qualquer delegado, observador ou convidado manifestar-se verbalmente ou por escrito, durante o período dos debates, mediante perguntas ou observações pertinentes ao tema.

**Parágrafo primeiro** - O tempo máximo para cada intervenção a que se refere este artigo será de 02 (dois) minutos.

**Parágrafo segundo** – As intervenções ocorrerão mediante ordem de inscrição.

**Art. 28º** - Os painéis serão dirigidos por um(a) coordenador(a) de painel indicado(a) pela Comissão Organizadora.

**Art. 29º** - Os painéis específicos visam contribuir para as discussões nos grupos de trabalho, que ocorrerão no dia subsequente e não implicarão a produção de relatórios próprios.

## **SEÇÃO IV**

### **DOS GRUPOS DE TRABALHO E RELATORIA**

**Art. 30º** - Os grupos de trabalho serão responsáveis pelo aprofundamento das discussões sobre os eixos e sub-eixos temáticos, através da participação ampla e democrática de todos os segmentos representados na IV Conferência, propiciando que o relatório final contribua realmente para a consolidação dos avanços e enfrentamento dos desafios da Política Nacional de Saúde Mental, em uma perspectiva intersectorial.

**Art. 31º** - Os Grupos de Trabalho ocorrerão nos dias 28, 29 e 30 de junho, das 14:00 às 17:00

horas.

**Art. 32º** – Cada Grupo de Trabalho será composto por 60 a 70 delegados e observadores (máximo 70 participantes por grupo), originados dos diferentes segmentos e diversos estados da federação, e debaterá um dos sub-eixos do Eixo Temático em discussão no dia (28 de junho, Eixo I; 29 de junho, Eixo II, 30 de junho, Eixo III);

**Parágrafo primeiro** – A participação no grupo referente a cada sub-eixo será de livre escolha do delegado ou observador, encaminhada previamente pelas Etapas Estaduais ou feita no momento da inscrição.

**Parágrafo segundo** – Haverá pelo menos um (01) grupo de trabalho para cada um dos nove (09) sub-eixos do dia, podendo haver mais de um grupo dedicado a discutir o mesmo sub-eixo, dependendo da escolha dos delegados e observadores.

**Parágrafo terceiro** – A cada dia da Conferência, funcionarão 18 (dezoito) grupos de trabalho, de modo a assegurar a participação democrática de todos os delegados, observadores e convidados.

**Art. 33º** - Os Grupos de Trabalho debaterão os eixos e sub-eixos da IV CNSM-I tendo como subsídios: a) as Ementas dos Eixos e Sub-eixos elaboradas pela Comissão Organizadora para todas as etapas; b) o Consolidado das Conferências Estaduais, realizado pela Comissão de Relatoria da etapa nacional, que será colocado à disposição de todos os delegados, observadores e convidados; c) as discussões realizadas nas mesas-eixo e nos painéis simultâneos e específicos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial.

**Art. 34º** - A discussão e aprovação das propostas nos Grupos de Trabalho deverão ocorrer em duas etapas.

I. A primeira etapa consistirá na discussão das propostas agrupadas no consolidado dos relatórios estaduais como Propostas Prioritárias Nacionais (PPN).

II. A segunda etapa consistirá na discussão de propostas identificadas no consolidado dos relatórios estaduais como Propostas Nacionais (PN), Propostas Inespecíficas (PI), ou Propostas a serem Encaminhadas para Outros Sub-Eixos.

**Parágrafo primeiro** - Os grupos poderão ainda, a seu critério, na segunda fase, aprovar novas propostas que não estão contidas no Consolidado dos relatórios estaduais, que serão levadas à Plenária Final.

**Parágrafo segundo** - As propostas que não forem aprovadas nos grupos de trabalho não serão incluídas no Relatório Final.

**Art. 35º** - Todas as propostas apresentadas nos Grupos de Trabalho deverão ser aprovadas por maioria simples para serem contempladas no relatório final.

**Parágrafo Único** – As propostas que não sofrerem destaque, serão consideradas aprovadas pelo grupo e levadas à Plenária Final.

**Art. 36º** – Cada Grupo terá um(a) coordenador(a) designado(a) pela Comissão Organizadora com as funções de facilitar as discussões, controlar o tempo e estimular a participação de todos.

**Art. 37º** - Cada Grupo de Trabalho contará com um Relator designado pela Comissão Organizadora e um relator adjunto indicado pelo próprio grupo, encarregados de sintetizar as conclusões do grupo e entregá-las à Comissão de Relatoria ao final de cada dia de trabalho.

**Art. 38º** – Cada Grupo de Trabalho contará com um secretário indicado pela Comissão Organizadora e aprovado pelo Grupo, que terá a atribuição de facilitar a elaboração de propostas coletivas, acordadas entre os proponentes de destaques, sempre que houver mais de um proponente.

**Parágrafo único** – O secretário também fará esclarecimentos em separado aos participantes, quando necessário, de modo que não haja interrupção nos trabalhos do grupo.

**Art. 39º** – No dia 28 de junho, dia de jogo da seleção brasileira, os trabalhos da Conferência se interromperão às 15:15 h, para os participantes, que assim o desejarem, assistirem ao jogo em dois telões instalados no local da Conferência, retomando-se os grupos de trabalho imediatamente após o final do jogo, e cumprindo-se integralmente a programação do dia.

**Art. 40º** – A Comissão de Relatoria receberá os relatórios dos grupos até às 19:00 horas de cada dia de trabalho, salvo força maior, e registrará o recebimento dos mesmos.

**Art. 41º** – A sistematização dos relatórios dos grupos será realizada por relatores de síntese de cada eixo temático, indicados pela Comissão Organizadora, e coordenados pela Relatora Geral e Relator Adjunto.

**Art. 42º** – As moções só poderão ser apresentadas por delegados, utilizando formulário próprio, e com assinaturas de apoio de no mínimo 100 (cem) delegados.

**Parágrafo primeiro.** As moções não poderão ser dirigidas a pessoas, mas a entidades e instituições.

**Parágrafo segundo.** As moções devem ser entregues na Secretaria da Conferência até às 17:00h do dia 30 de junho.

## **CAPÍTULO V**

### **DA SESSÃO PLENÁRIA FINAL**

**Art. 43º** - A Plenária Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial ocorrerá no dia 01 de julho, das 8:30 às 18:00 horas, com um intervalo para o almoço, e terá como objetivos debater e aprovar o Relatório Final da IV CNSM-I e votar as moções apresentadas,

**Art. 44º** - Participação da Plenária Final:

- delegados com direito a voz e voto;
- convidados com direito a voz;
- observadores com direito a voz.

**Art. 45º** - Os trabalhos serão Coordenados por uma mesa constituída de membros da Comissão Organizadora ou delegados por ela indicados e presidida pelo Coordenador-Geral da IV CNSM-

**Parágrafo primeiro** - Os trabalhos serão secretariados por membros da Comissão de Relatoria

**Parágrafo segundo** – Haverá facilitadores identificados na Plenária para prestarem esclarecimento aos delegados e para promoverem a negociação entre os proponentes de destaques de um mesmo item.

**Art. 46º** - A pauta da Plenária Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial constará dos seguintes itens:

- Apreciação do Relatório Final
- Apreciação de Moções

**Art. 47º** - A apreciação do Relatório Final será encaminhada na forma que se segue:

- O relatório final será distribuído aos delegados com antecedência, sendo composto por 3 (três) blocos, referentes aos eixos temáticos e conforme as discussões e deliberações dos grupos de trabalho.
- Em caso de os grupos de trabalho apresentarem propostas contraditórias entre si, a Comissão de Relatoria as apresentará para debate e decisão da plenária, a se proceder no momento de discussão dos destaques.
- Será assegurado aos Delegados o direito de solicitar o exame em destaque de qualquer item da proposta do Relatório Final, podendo incidir também sobre a redação das propostas contraditórias referentes ao inciso (b) acima.
- As solicitações de destaque deverão ser encaminhadas aos relatores, por escrito, em formulário próprio, até 15 (quinze) minutos após o final da leitura de cada um dos três blocos do Relatório Final, constituindo-se em a) proposta de redação alternativa em relação ao item destacado ou b) sua supressão.
- Todos os itens que não forem objeto de destaque serão considerados aprovados, com exceção das propostas contraditórias referentes ao inciso (b) acima;
- Após a leitura de cada bloco do Relatório, serão chamadas, uma a uma, as apresentações de destaque e as propostas contraditórias apresentadas pela Comissão de Relatoria.
- Os propositores de destaques terão 02 (dois) minutos, improrrogáveis, para a defesa do seu ponto de vista. Se não houver posição contrária, o destaque será submetido imediatamente a votação. Havendo manifestação contrária ao destaque, o Presidente da Mesa concederá a palavra, a seguir, por igual tempo, ao Delegado que se apresente para defender posição contrária à do proponente do destaque. Não será permitida réplica em qualquer hipótese, mas quando a plenária não estiver suficientemente esclarecida, será assegurado mais um (01) posicionamento favorável e um (01) posicionamento contrário. O destaque apresentado será, então, colocado em votação.
- A aprovação das propostas será por maioria simples dos Delegados presentes.
- A Mesa poderá verificar a maioria simples por contraste, quando houver uma evidente maioria de votos que não torne necessária a contagem de cada votação, e para isto sempre consultará a Plenária.

- Durante a plenária final, não será permitida a apresentação de proposta que não tenha sido aprovada nos Grupos de Trabalho e apresentada no Relatório Final apresentado pela Relatoria.

**Art. 48º** - Encerrada a fase de apreciação do Relatório Final da Conferência, o Presidente da Sessão encaminhará a leitura das Moções.

**Parágrafo único** - A aprovação das moções será por maioria simples dos Delegados presentes.

**Art. 49º** - Concluídas as apreciações das moções, serão encerrados os trabalhos da Sessão Plenária Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial.

## **CAPÍTULO VI DISPOSIÇÕES GERAIS E COMUNS**

**Art. 50º** - Assegura-se aos Delegados da Plenária Final o questionamento à Mesa, "PELA ORDEM", sempre que não esteja sendo cumprido o Regulamento da Plenária Final.

**Art. 51º** - Durante os períodos de votação serão vedados os levantamentos de "QUESTÕES DE ORDEM".

**Art. 52º** - Serão conferidos certificados aos delegados, observadores, convidados, expositores de temas, coordenadores e relatores de síntese, especificando a condição de sua participação na Conferência.

**Parágrafo único** – Os certificados serão conferidos àqueles que comprovarem efetiva participação na Conferência, devendo haver registro de frequência no início e final dos grupos de trabalho.

**Art. 53º** - Os casos omissos serão resolvidos ou esclarecidos pela Comissão Organizadora, cabendo recurso à Plenária Final.

**Brasília, 27 de junho de 2010**

## **Programação da Conferência**

### ***Dia 27 de junho de 2010***

#### ***Aprovação do Regulamento da IV CNSM-I***

#### ***Conferência de Abertura***

Ministro Rômulo Paes  
Ministro Paulo Vannuchi  
Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde Alberto Beltrame

#### ***Apresentação Cultural - Harmonia Enlouquece***

#### ***Coquetel***

### ***Dia 28 de junho de 2010***

#### ***Mesa do Eixo I - Saúde Mental e Políticas de Estado: Pactuar Caminhos Intersetoriais***

Domingos Sávio Alves - RJ  
Arlete Sampaio – DF  
Pedro Gabriel Delgado – MS/DF  
Francisco Batista Júnior - CNS

Coordenador de mesa: Paulo Michelin - RS

#### ***Painéis Simultâneos:***

#### ***Painel 1: Organização e Consolidação de Rede Financiamento***

Marcela Lucena - PE  
Lígia Bahia - RJ  
Ademar Arthur Chioro – São Bernardo do Campo – SP

Coordenadora de painel: Ana Raquel Santiago - SE  
Coordenador de debate: Antônio Carlos Nardi - PR

#### ***Painel 2: Política de Assistência Farmacêutica***

Jairo Bisol - DF  
Hélio Lauar - MG  
José Miguel do Nascimento Júnior - DF

Coordenadora do painel: Jussara Cony - RS  
Coordenador do debate: Claudio Maierovitch - DF

***Painel 3: Participação Social, Formulação de Políticas e Controle Social***

Alexandre Magno - CNS  
Marcus Vinícius de Oliveira - BA  
Maria Dirce Cordeiro - SP  
Eduardo Vasconcelos - RJ

Coordenador do painel: Antônio Alves - DF  
Coordenador do debate: Frederico Leite – Conselho Nacional de Assistência Social

***Painel 4: Gestão de Informação, Avaliação, Monitoramento e Planejamento em Saúde Mental***

Luciane Kantorski - RS  
Tânia Grigolo - DF  
Rosana Onocko - SP

Coordenadora do painel: Lumena Furtado - SP  
Coordenadora do debate: Maria Cristina Lobo - MS

***Painel 5: Formação, Educação Permanente e Pesquisa em Saúde Mental***

Ana Stella Haddad - DF  
Ana Marta Lobosque - MG  
Fernando Ramos - RJ

Coordenadora do painel: Eliana Dourado - DF  
Coordenadora do debate: Maria Goretti Lopes – CNS

***Painel 6: Gestão do trabalho em Saúde Mental***

Dário Pasche - MS  
José Naum Mesquita - CNS  
Aparecida Linhares Pimenta - SP  
Maria Helena Machado - MS

Coordenadora do painel: Analice Palombini - RS  
Coordenadora do debate: Eliane Seidl - DF

***Painel 7: Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária e o SUS***

Odorico Andrade - CE  
Marta Elizabeth Souza - MG  
José Jackson Sampaio - CE  
Roberto Tykanori - SP

Coordenadora do painel: Maria do Carmo Carpintéro – SP

Coordenador do debate: Armando Raggio - PR

***Painel 8: Políticas Sociais e Gestão intersectorial***

Mariângela Simão - MS

Marcelo Brandt - CE

Ana Maria Costa - MS

Coordenadora do painel: Rosimeire da Silva - MG

Coordenadora do debate: Maria Isabel Lopes Ribeiro - RJ

***Grupos de Trabalho – Eixo I***

***Painéis Específicos:***

***Painel 1: Financiamento***

Elias Jorge - MS

José Veloso Souto Júnior - DF

Ronald Ferreira dos Santos - CNS

Ana Raquel Santiago - SE

Coordenador do Painel: Luiz Carlos Bolzan - MS

***Painel 2: Formação e Educação Permanente em Saúde Mental como Desafio Intersectorial***

Paulo Amarante - RJ

Cláudia Tavares - RJ

Elizabeth Mângia - SP

Ileno Izídio da Costa - DF

Coordenadora do Debate: Miriam Guterrez Dias – RS

Coordenador do Painel: Aldo Zaiden - SDH

***Painel 3: Saúde Mental Infanto-Juvenil - Principais Desafios para Ampliação do Acesso***

Marisa Furia - SP

Rossano Lima - RJ

Sandra Pacheco - RJ

Luciano Elia - RJ

Coordenadora do Painel: Maria Ângela Santa Cruz - SP



***Painel 4: Leitos de atenção integral - hospitais gerais, emergências gerais e CAPS III \****

Sandra Chioro - SP  
Flávio Resmini - RS  
Augusto César Costa - DF

Coordenadora do Painel: Maria das Graças Oliveira - DF

***Painel 5: Crack - um desafio para a saúde pública e a intersetorialidade***

Francisco Cordeiro - DF  
Dartiu Xavier - SP  
Solange Nappo - SP  
Graziella Barreiros - SP

Coordenadora do Painel: Loiva de Boni Santos - RS

***Painel 6: Populações específicas - indígenas e quilombolas***

Bianca Sordi - RS  
Fabiane Vick - MS  
Vera Lúcia Gomes - DF

Coordenador do Painel: Alfredo Bernardo Pereira da Silva - SEPPPIR

***Painel 7: População de rua - experiências bem sucedidas \****

Luciano Rocco - RJ  
Anderson Lopes - SP  
Adalberto Lamerato Costa - SP

Coordenadora do Painel: Maria Cristina Carvalho - RS

***Painel 8: Orientação sexual e identidade de gênero \****

Maria Lúcia Braga – SPM  
Flávia Tim - DF  
Maria de Lurdes Rodrigues - MG

Coordenadora do Painel: Lena Peres – SDH

***Painel 9: Populações Institucionalizadas***

Edmar Oliveira – PI  
Ana Cristina Oliveira - MJ  
Maria Cristina Vidal - RJ  
Carlos Eduardo Honorato - RJ

Coordenadora do Painel: Madalena Libério - RJ

***Painel 10: Cotidiano dos serviços***

Ana Cristina Figueiredo - RJ  
Sandra Vitorino - SC  
Liége Uchoa – RN  
Sony Petris - SE

Coordenadora do Painel: Stelamaris Nascimento - SP

***Painel 11: Redução de Danos***

Denise Serafim - MS  
Mirian Gracie Plena - BA  
Domiciano Siqueira - SP  
Bruno Ramos Gomes - SP

Coordenadora do Painel: Maria do Rosário Ferreira - PA

***Painel 12: Residências Terapêuticas - um desafio para a Reforma Psiquiátrica\****

Florianita Campos - SP  
Simone Chandler - RS  
Juarez Furtado - SP

Coordenadora do Painel: Ana Lúcia Ferraz - MS

***Painel 13: Atenção básica e territorialidade- NASF, CAPS e matriciamento***

Elizabethe Susana Wartchow - MS  
Maria Gabriela Godoy - RS  
Eymard Vasconelos - RJ  
Karime Pôrto - MS

Coordenador do painel: Moisés Rodrigues - SP

***Apresentação Cultural: Sistema Nervoso Alterado***

\*Alguns painéis específicos não foram realizados no dia 28 de junho, um dia atípico da IV CNSM-I. Em acordo com o Regulamento da Conferência, votado em Plenária, neste dia os trabalhos foram interrompidos às 15:15 para que os participantes que assim o desejassem assistissem o jogo do Brasil na Copa do Mundo de futebol (art. 39 ). Apesar do acordo fechado em plenária de que, ainda assim, os participantes cumpririam integralmente a programação do dia, o cansaço e o baixo quórum impediram a realização de alguns painéis, que iniciariam seus trabalhos por volta das 19:30 h.

## ***Dia 29 de junho de 2010***

### ***Mesa Eixo II – Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais***

Gastão Wagner - SP  
Míriam Abou-yd - MG  
Geraldo Peixoto - SP  
Sandra Fagundes - RS

Coordenador de mesa: Edvaldo Nabuco - RJ

#### ***Painéis Simultâneos:***

##### ***Painel 1: Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e políticas intersetoriais***

Ana Cecília Marques - SP  
Tarcísio Andrade - BA  
Marcelo Kimati - RN  
Karina Fleury - RJ

Coordenador de mesa: Ronaldo Teixeira - MJ  
Coordenadora do debate: Paulina Duarte – SENAD - DF

##### ***Painel 2: Saúde Mental na Infância, Adolescência e Juventude - uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorial***

Liliane Penello - RJ  
Maria Cristina Ventura Couto - RJ  
Tereza de Lamare - DF  
Carmen Oliveira - SDH

Coordenadora do painel: Lúcia Rosa - PI  
Coordenador do debate: Pedro Otto Quadros - DF

##### ***Painel 3: Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa e articulação intersetorial no território***

Fernando Kinker - SP  
Ricarda Bezerra - PE  
Sônia Barros - SP  
Gina Ferreira - RJ

Coordenador do painel: Ministério das cidades (a confirmar)  
Coordenadora do debate: Maria Bueno Fátima Fischer - RS

***Painel 4: Centros de Atenção Psicossocial como dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica Cotidiano dos Serviços - trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado***

Ana Maria Pitta – BA  
Milton Freire - GO  
Benilton Bezerra - RJ  
Maria Elizabeth Meola - SP

Coordenador do painel: Rodolfo Valentim - PA  
Coordenadora do debate: Cristina Loyola - MA

***Painel 5: Atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços***

Cristoph Surjus - SP  
Suzana Robortella - SP  
Políbio de Campos - MG

Coordenadora do painel: Irany Ribeiro de Moura - GO  
Coordenadora de debate: Maria Fernanda Nicácio - SP

***Painel 6: Práticas clínicas no território - Saúde Mental, Atenção Primária e Promoção da Saúde***

Gustavo Gusso - SC  
Claunara Schilling Mendonça - MS  
Antonio Lancetti - SP  
Maria do Carmo Carpintéro - SP

Coordenadora do painel: Nelma Melo - PE  
Coordenadora do debate: Judete Ferrari - RS

***Painel 7: Garantia de acesso universal em Saúde Mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/etnia, gênero, orientação sexual e identidade de gênero***

Carmem Lúcia Luiz - SC  
Marco Antônio Guimarães - RJ  
Wilza Vilela - RJ  
Daniele Hespanhol - MT

Coordenadora do Painel: Cláudia Lima Neves - SEPPIR  
Coordenadora do Debate: Lidiane Ferreira Gonçalves - SDH

***Painel 8: Garantia de acesso universal em Saúde Mental: grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outras condicionantes sociais na determinação da saúde mental.***

Maria de Fátima Pereira da Silva - RJ  
Rubens Adorno - SP  
Maria Tavares Cavalcanti - RJ

Coordenador do painel: Roberto Marques - MDS  
Coordenador do debate: Marcus Rito - MJ

**Apresentação Cultural:** Companhia Armagem

**Grupos de Trabalho – Eixo I I**

**Painéis Específicos:**

***Painel 1 - Álcool e outras Drogas e Direitos Humanos***

Paulo Teixeira – CÂMARA DOS DEPUTADOS  
Eduardo Barbosa - MS  
Décio Castro Alves - SP  
Rebeca Litvin - RS

Coordenadora do Painel: Fátima Sudbrack - DF

***Painel 2: Promoção de Saúde Mental no âmbito do território escolar***

Viviane Legnane - DF  
Débora Malta - DF  
Marta Klumb – MEC  
Paulo Roberto Macedo - DF

Coordenadora do Painel: Márcia Totugui - MS

***Painel 3: Cultura e Saúde Mental***

Nilo Neto - SC  
Tetê Catalão - MINC  
Geraldo Brito - RJ

Coordenadora do Painel: Deusdet Martins - GO

***Painel 4: Justiça, Saúde Mental e Direitos Humanos***

Débora Diniz - DF  
Gilda Carvalho – DF  
Martinho Braga - MS  
Herbert Carneiro - MG

Coordenador do Painel: Daniel Vilanova- DF

### ***Painel 5: Medidas sócio-educativas***

Irene Rizzini - RJ  
Marcus Vinícius Magalhaes - SDH  
Fabiana Botelho - SP  
Maria Luiza Moura Oliveira - DF

Coordenador do painel: Alex Nazaré - Secretaria Nacional de Juventude

### ***Apresentação do Levantamento Nacional Saúde Mental nas Unidades de Medida Sócio-Educativas***

**Apresentação Cultural:** Grupo Batalá  
Blocos de Carnaval de CAPS

### ***Dia 30 de junho de 2010***

#### ***Mesa Eixo III – Direitos Humanos e Cidadania como Desafio Ético e Intersetorial***

Paulo Delgado – câmara dos deputados  
Paul Singer – MTE/SENAES  
Américo Córdula - MINC  
Paulo Vanucchi - SDH

Coordenadora de mesa: Cirlene Ornelas - MG

#### ***Pronunciamento do Ministro da Saúde, José Gomes Temporão***

#### ***Painéis Simultâneos:***

##### ***Painel 1: Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária***

Fábio Sanches – MTE/SENAES  
Maria Teresa Monnerat - MS  
Ana Luisa Aranha e Silva - SP  
Marta Soares - MG

Coordenadora do painel: Shirlei Silva - DF  
Coordenador do debate: Gonçalo Guimarães - RJ

##### ***Painel 2: Direitos Humanos e Cidadania***

Maria Auxiliadora da Cunha Arantes - SDH  
Tânia Kolker - RJ  
Fernando Delgado - RJ

Coordenadora de painel: Gilda Carvalho - DF  
Coordenadora de debate: Isabel Porto - CNDPH

***Painel 3: Organização e mobilização dos usuários e familiares de Saúde Mental***

Iracema Polidoro - RJ  
José Setemberg Rabelo - AM  
Sílvia Ferreira - MG  
Paulo Michelin - RS

Coordenadora do painel: Dulce Eddie dos Santos - SP  
Coordenador de debate: Jefferson Rodrigues - SC

***Painel 4: Cultura / Diversidade Cultural - Comunicação informação e relação com mídia***

Fred Maia - MINC  
Paulo José Azevedo de Oliveira - MJ  
Francimar Duarte Arruda - RJ

Coordenadora do Painel: Neli Almeida - RJ  
Coordenadora do Debate: Patrícia Dorneles - RS

***Painel 5: Educação, inclusão e cidadania***

Alcindo Antônio - MT  
Solon Viola - RS  
Simone Leite - SE

Coordenadora do painel: Rosângela Elias - SP  
Coordenadora de debate: Andrea Portugal - DF

***Painel 6: Justiça e Sistema de Garantia de Direitos***

Selma Saurbroun - DF  
Fernanda Ottoni - MG  
Marco Antônio Teixeira - PR  
Márcia Ustra Soares - SDH

Coordenadora do painel: Luciana Barbosa Musse - DF  
Coordenadora do debate: Janaína Lima - DF

***Painel 7: Violência e saúde mental***

Marta Silva - DF  
Nega Giza - RJ

Juliana Barroso -- MJ

Coordenador do painel: Denilson Magalhães - DF

Coordenadora do debate: Sílvia Edith Marques - SDH

***Painel 8: Seguridade Social: Previdência, Assistência Social e Saúde***

Juliana Pereira - MDS

João Donadon – MPAS (a confirmar)

Rute Bittencourt – CNS

José Luiz Telles - MS

Coordenadora do painel: Marina Rosa Bragança - RJ

Coordenadora do debate: Elizabete Henna - SP

***Grupos de Trabalho – Eixo III***

***Atividade Cultural*** - Teatro do Oprimido

***Dia 01 de julho de 2010***

***Plenária Final***

***Atividade Cultural:*** Meninas de Sinhá

***Observação:*** Durante todos os dias da IV CNSM-I, foi realizada a “Mostra Solidária: trabalhar, construir direitos e produzir valores na perspectiva do cooperativismo social e da economia solidária”, com a participação de 22 expositores.



## **Mostra Solidária: participantes e outras informações**

A “Mostra Solidária: trabalhar, construir direitos e produzir valores na perspectiva do cooperativismo social e da economia solidária”, ocorrida no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília, entre os dias 28 de Junho e 1º de Julho no âmbito da IV Conferência de Saúde Mental – Intersetorial foi uma iniciativa que marcou de forma definitiva a luta pela consolidação dos projetos de geração de trabalho e renda na saúde mental.

Algumas informações sobre a Mostra:

**Balcões disponíveis:** 29

**Expositores:** 22 empreendimentos

**Banners:** 29

**Cartazes:** 3

**Número aproximado de produtos ofertados:** 6750 produtos individuais

**Diversidade dos produtos ofertados:** Artesanato (Bijuterias, arte em madeira, Papel Machê, arte regional, material de papelaria etc.): 70% ; Vestuário (Camisas, saias, vestidos, echarpes, etc...): 20%; Outros (Puffs, balas e doces, publicações, brinquedos etc..): 10%.

**Média estimada de visitantes:** 300 a 500 visitantes individuais por dia, correspondendo em média a 30% do público total do evento.

**Média do valor de vendas:** R\$ 120,00 diários por expositor.

### **Relação dos Expositores:**

1-Geração de Renda. Centro de Reabilitação e CAPS  
Rio das ostras/RJ

2-Intcoop/UFJF - Associação Pró-Saúde Mental  
Trabalharte /Juiz de Fora/MG

3-Arte Criativa- CAPS Dr. Ricardo Portugal  
(Engenheiro Paulo de Frontin)  
Rio de Janeiro/RJ

4-Sonho de Liberdade - Cooperativa  
Brasília – DF

5-Projeto Doidos por Arte  
Divinópolis /To

6-História Loucura e Memória  
Saúde Mental e Cultura /Pará

7-ISM- Instituto de Saúde Mental  
Brasília- DF

8-Bazafro – Brasília-DF

9-Gerarte - Goiânia/GO

10-CAPS/Município São Sebastião  
Mãos e Mentas  
Alagoas

11-Dito & Feito- Arte em Patchwork  
Economia Solidaria – Bar Saci-Ecosol  
Santa Maria

12-Das Doida- Escola Instrumental de Arte e Oficio  
São Paulo

13-Refazer Arte em Madeira  
Santo André/SP

14-Ass. José Martins de Araujo Junior  
Santo André/SP

15-Fazer Diferente (Associação)  
Mauá

16-Projeto Girassol- CAPS Caneão  
Maringá- Paraná

17-Geração POA  
Oficina Saúde Mental- Trabalho  
Porto Alegre

18-Suricato- Ass. Trabalho e Produção Solidária

19-Projeto “É Feito de Papel”.  
Rio de Janeiro/RJ

20-Bloco Carnavalesco Tá Pirando, Pirado, Pirou!  
Rio de Janeiro/RJ

21-Parelhas  
Tecendo Arte CAPS I-RN

22-Currais Novos- CAPS II -RN

## **Calendário das Conferências Estaduais**

- 11 e 12/05 – Conferência de Goiás
- 12, 13 e 14/05 – Conferência da Paraíba
- 13 e 14/05 – Conferência do Ceará
- 13 e 14/05 - Conferência do Mato Grosso do Sul
- 13 e 14/05 – Conferência do Piauí
- 13,14 e 15/05 - Conferência de Minas Gerais
- 17,18 e 19/05 – Conferência do Maranhão
- 17,18 e 19/05 – Conferência de Pernambuco
- 18 e 19/05 - Conferência do Paraná
- 18 e 19/05 – Conferência de Tocantins
- 18, 19 e 20/05 – Conferência do Rio Grande do Norte
- 18, 19 e 20/05 – Conferência do Acre
- 18, 19 e 20/05 – Conferência do Distrito Federal
- 18, 19 e 20/05 - Conferência de Amapá
- 19 e 20/05 – Conferência de Sergipe
- 19, 20 e 21/05 - Conferência do Amazonas
- 19, 20 e 21/05 – Conferência de Rondônia
- 19, 20 e 21/05 – Conferência de Roraima
- 19, 20 e 21/05 – Conferência do Espírito Santo
- 20 e 21/05 – Conferência de Santa Catarina
- 20 e 21/05 – Conferência de Alagoas
- 20 e 21/05 - Conferência de Mato Grosso
- 20 e 21/05 – Conferência do Pará

20,21 e 22/05 – Conferência do Rio Grande do Sul

22/05 – Plenária de São Paulo, convocada pelo Conselho Estadual de Saúde

24, 25 e 26/05 – Conferência da Bahia

11, 12 e 13/06 – Conferência do Rio de Janeiro

# Mapa das Conferências municipais e regionais

