Ministério da Saúde

Relatório Final

Relatório Final

III Conferência Nacional de Saúde Mental

Cuidar sim, excluir não

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

"Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social."

RELATÓRIO FINAL

Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001

© 2002 Conselho Nacional de Saúde
Ministério da Saúde
Permitida a reprodução parcial, desde que citada a fonte

Organização: Conselho Nacional de Saúde
Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental
Comissão de Relatoria

Conselho Nacional de Saúde
Comissão Intersetorial de Saúde Mental
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, anexo B, sala 130
Tel.: (061) 315 2150/2151.
Endereço eletrônico: cns@saude.gov.br

Ministério da Saúde
Secretaria de Assistência à Saúde
ASTEC / Área Técnica de Saúde Mental
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Ed. Sede, sala 111 – cep: 70058-900
Endereço eletrônico: saudemental@saude.gov.br
Capa: a partir de Pedro Paulo Ferrarezi - Acrílico sobre tela

Tiragem: 3.000 exemplares

Ficha Catalográfica

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

ISBN 85-334-0592-8

1. Saúde mental – Legislação – Brasil. 2.Congressos. Brasil. Sistema único de saúde, 3. Sistema único de saúde, saúde mental 4. Brasil, Ministério da Saúde 5. Sistema único de saúde, controle social. 6. Saúde mental, tendências. I. Brasil. Conselho Nacional de Saúde.

CDD: 616.89
303.4

ÍNDICE

Glossário de abreviaturas. 07

Apresentação. 11

I. REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL 21

Princípios e Diretrizes 23

1. Política de saúde mental e organização de serviços. .. 24
2. Responsabilidades do gestor. 28
3. Planejamento. 32
4. Auditoria, Controle e Avaliação. 33
5. Desinstitucionalização. 36
   5.1. Superação do modelo asilar 36
   5.2. Organização e produção da rede e dos serviços substitutivos 38
   5.3. Serviços Residenciais Terapêuticos 44
   5.4.Trabalho e geração de renda 45
6. Controle da internação psiquiátrica. 46
7. Acesso à rede de atenção. 47
8. Atenção Básica. 48
9. O lugar do hospital geral na rede de atenção. 51
10. Assistência farmacêutica e exames complementares. 52
11. Intersetorialidade. 54
12. Atenção à criança e ao adolescente. 57
13. Atenção aos usuários de álcool e outras drogas 60

II. RECURSOS HUMANOS. 65

Princípios e Diretrizes 67

1. Política de contratação de recursos humanos.. 68
2. Coordenação e gestão das equipes de saúde mental. 71

3. Política de formação, pesquisa e capacitação de recursos humanos em saúde mental no SUS. 72
3.1 Capacitação e pesquisa 74
3.2 Capacitação para o cuidado de clientelas específicas em saúde mental 75
3.3Capacitação em saúde mental para a rede básica de saúde (PACS e PSF) 76
3.4 Capacitação em saúde mental para outros serviços e programas de saúde 77
4. Capacitação através de parcerias com instituições formadoras e outras instituições 78
4.1. Iniciativas de capacitação 80
4.2. Iniciativas e ações intersetoriais de capacitação ... 81
5. Saúde Mental do Trabalhador 82

III. FINANCIAMENTO. 83

Princípios e Diretrizes. 85

1. Diretrizes para a orientação dos mecanismos de financiamento 86
1.1. Estratégias para regulamentação, alteração e cumprimento da legislação e normas de financiamento 88
1.2. Critérios para orientar a gestão e repasse de recursos financeiros 89
2. Criação de novas formas de financiamento e indicação de fontes complementares 92
3. Financiamento das ações de saúde mental na Atenção Básica. 94
4. Financiamento dos serviços substitutivos 95
5. Implementação e regulamentação do financiamento de novas iniciativas, ações e procedimentos em saúde mental 97
6. Financiamento de ações intersetoriais de suporte social 99
7. Financiamento da assistência farmacêutica 101

8. Financiamento para pesquisa, formação e capacitação de recursos humanos em saúde mental 102
9. Financiamento dos mecanismos de comunicação e informação e a visibilidade da política de saúde mental 104

IV. ACESSIBILIDADE. 105

Princípios e Diretrizes. 107

1. Acesso, disponibilidade e mecanismos de divulgação e informação à comunidade 107
2. Divulgação e visibilidade da informação nos serviços de saúde mental 109
3. Acesso aos dados de prontuários e às informações sobre atos e procedimentos realizados 110
4. Acesso à participação em programas de educação e informação em saúde mental 110
5. Acesso aos serviços e às informações sobre o SUS . 112
6. Acesso a procedimentos especiais de atenção e apoio. 113
7. Acesso aos serviços de saúde mental 115

V. DIREITOS E CIDADANIA. 119

Princípios e Diretrizes. 121

1. Educação e inclusão social 123
2. Cultura e lazer. 124
3. Medidas de apoio e de atenção a grupos específicos. . 124
4. Direitos civis e sociais: mudança na legislação civil e penal 125
5. Direito dos usuários privados da liberdade 127
6. Legislação psiquiátrica e direitos dos usuários nos serviços 129
7. Benefícios sociais 131
8. Exercício e defesa dos direitos sociais 133

9. Redes em saúde mental e organização dos usuários e familiares. 135

VI. CONTROLE SOCIAL. 139

Princípios e Diretrizes. 141

1. Conselhos de Saúde 143
   1.1. Papel e atribuições 144
   1.2. Infra-estrutura e financiamento 145
   1.3. Funcionamento interno 146
   1.4. Fiscalização sobre os Conselhos 146
   1.5. Acesso amplo a dados e informações 146
   1.6. Divulgação dos Conselhos 147
   1.7. Conselhos Locais e Distritais 148
   1.8. Articulação 148
      1.8.1. Interconselhos de Saúde 148
      1.8.2. Com a Comissão de Saúde Mental 148
      1.8.3. Intersetoriais 148
      1.8.4. Com a sociedade civil 149
2. Conselhos gestores 150
3. Comissões de Saúde Mental e de Reforma Psiquiátrica 150
4. Conselhos de outras áreas 151
5. Conferências 152
   5.1. de Saúde 153
   5.2. de Saúde Mental 153
6. Sociedade civil e movimentos sociais 154
   6.1. Articulação com o poder público 155
   6.2. Organização da sociedade civil 156
   6.3. Responsabilidades e atribuições 156
7. Legislação 157

MOÇÕES APROVADAS. 159

COMISSÃO ORGANIZADORA. 187

ANEXOS. 197

GLOSSÁRIO

GLOSSÁRIO DE ABREVIATURAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATSM – Área Técnica de Saúde Mental
CA – Centro Acadêmico
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CINAEM – Comissão Interinstitucional de Ensino Médio
CISM – Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
COSAM – Coordenação de Saúde Mental
CPMF – Contribuição Provisória de Movimentação Financeira
CS – Conselho de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática para o Sistema Único de Saúde
DRS – Diretoria Regional de Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESM – Equipe de Saúde Mental
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador
FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa
FUNAI – Fundação Nacional de Apoio ao Índio
Fundação CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados
LDB – Lei de Diretrizes e Bases
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB – RH – Normas Operacionais Básicas de Recursos Humanos
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não-Governamental
OPAS – Organização Pan-americana da Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD – Programa de Apoio à Desospitalização
PEC – Projeto de Emenda Constitucional
PPI – Programação Pactuada Integrada
PSF – Programa de Saúde da Família
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SEBRAE – Serviço de Apoio a Micro e Pequenas Empresas
SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem de Industrial
SESC – Serviço Social do Comércio
SESI – Serviço Social da Indústria
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPHG – Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

APRESENTAÇÃO

Com satisfação, apresentamos o Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental a todos os interessados no campo da Saúde Mental e, particularmente, àqueles que participaram diretamente de todas as etapas que culminaram na etapa nacional desta conferência, realizada nos dias 11 a 15 de dezembro de 2001, em Brasília.

Não há dúvida de que as Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental têm constituído dispositivos fundamentais de participação, controle social, debate e síntese democrática das diretrizes políticas principais e de medidas operacionais nestas áreas no País. No campo da saúde mental, as Conferências têm tido um papel crucial de dar continuidade ao processo, iniciado no Brasil nos anos 70, de crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência, e de definir as estratégias e rumos na implementação da Reforma Psiquiátrica a partir dos anos 80, em interlocução com aspirações e experiências já em implantação em diversos países do mundo.

Na I Conferência, realizada em 1987, ficou claramente nomeado o impasse do modelo centrado no hospital e predominantemente baseado no modelo médico-psiquiátrico, considerado ineficaz e oneroso para os usuários e a sociedade, violando os direitos humanos fundamentais. Se as indicações aprovadas naquela ocasião para enfrentar este desafio podem ser hoje consideradas incompletas, são ainda assim uma referência para as questões a serem enfrentadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. É fundamental recordar também que esta I Conferência foi realizada no contexto dos princípios e diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico no campo da saúde e da construção do Sistema Único de Saúde (ver *III Conferência Nacional de Saúde Mental*, *Caderno Informativo*, 2001).

Por sua vez, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, já dentro de um avanço mais significativo na

implementação do SUS, significou uma ampla mobilização nas suas diversas etapas municipais, estaduais e nacional, contando também com uma participação expressiva de usuários e familiares, pela primeira vez na nossa história. A II Conferência não só pôde aprofundar as críticas ao modelo hegemônico, como também formalizou o esboço de um novo modelo assistencial, significativamente diverso, não só na lógica, conceitos, valores e estrutura da rede de atenção, mas também na forma concreta de lidar com as pessoas com a experiência de transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadania (*III Conferência Nacional de Saúde Mental, Caderno Informativo*, 2001).

Nos anos que se seguiram, diversas experiências e iniciativas foram realizadas, nos campos assistencial, jurídico e cultural, demonstrando inequivocamente a viabilidade de um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico. Não obstante, o modelo asilar ainda permanece hegemônico, tanto no que se refere à capacidade instalada como no total de recursos gastos na rede hospitalar, insistindo em perpetuar relações produtoras de exclusão com a experiência do sofrimento mental. Dessa forma, fazia-se urgente e necessário avaliar o processo da Reforma Psiquiátrica, propondo novos caminhos para sua efetivação. Daí as escolhas que definiram os temas e a organização da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Nesta III Conferência, já através do seu título, o tema central das discussões estava solidamente vinculado ao tema mundial proposto pela Organização Mundial da Saúde para o ano de 2001, "*Cuidar, sim. Excluir, não*", afirmativo de uma ética e de uma direção fundamentais para o campo da atenção psiquiátrica e em saúde mental. Por outro lado, encontrava-se também vinculado a um tema local, presente no título, *"Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social"*, indicativo de sua organicidade com a construção de um Sistema

Único de Saúde - público, democrático, de amplo acesso, eficaz, construtor de cidadania e com controle social (*III Conferência Nacional de Saúde Mental*, *Caderno Informativo*, 2001). Assim definidos os termos do debate, foram os seguintes os subtemas que o organizaram: financiamento; recursos humanos; controle social, e acessibilidade, direitos e cidadania.

Apresentado este breve panorama do processo no qual se inscreve a III Conferência, cabe lembrar a significativa cronologia deste evento, retomando-se alguns dos principais eventos que conduziram à etapa nacional em dezembro de 2001.

A III Conferência ocorreu após menos de um ano da aprovação da nova Lei Federal de Saúde Mental (Lei n.º 10.216, de 06/04/2001). Ainda neste mesmo clima de mobilização no campo da saúde mental, em resposta aos anseios expressos desde a II Conferência e às manifestações atuais das diversas organizações, movimento social, lideranças e setores do campo, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde solicitou ao Ministro da Saúde a convocação da III Conferência (Resolução n.º 310/CNS, de 04/04/2001). Em julho, o Ministro da Saúde convocou a III Conferência para realizar-se em dezembro, constituindo também a Comissão Organizadora (Portarias/GM n.º 1058 e n.º 1086, respectivamente de 18 e 27/07/2001). Foram apenas seis meses para organizar o processo, tendo a etapa municipal se realizado até 28 de outubro, e a estadual até 18 de novembro.

Neste período, realizaram-se 163 Conferências Municipais e 173 Micro-regionais e Regionais, sendo que, onde não foi possível realizá-las, diversas plenárias locais foram feitas. É importante destacar o significativo número de pessoas que se mobilizaram desde a etapa municipal e, em particular, a consolidação da presença ativa de usuários e familiares. Estima-se a presença de 30.000 pessoas nesta etapa. Na segunda etapa, todos os 27 estados da federação realizaram conferências estaduais, congregando cerca

de 20.000 participantes. Na Conferência Nacional em Brasília, tivemos a participação de 1480 inscritos regulares, aos quais se somaram cerca de 220 pessoas que transitaram nas atividades, totalizando a cifra geral de 1700 participantes. Destaca-se ainda a participação de convidados internacionais da Itália, Espanha, Estados Unidos, Portugal, Suíça e de representantes da OPS e da OMS.

Além das etapas municipal e estadual, a Conferência Nacional em Brasília também foi precedida por uma agenda de eventos de alcance nacional, em áreas específicas, caracterizados como pré-conferências preparatórias para a etapa nacional. Nos dias 22 e 23 de novembro, na Câmara dos Deputados, foi realizado o Seminário Nacional "Direito à Saúde Mental", acerca da regulamentação e aplicação da Lei n.º 10.216/01, com ênfase nos direitos dos usuários e no papel das instâncias implicadas nestas questões, como, por exemplo, o Ministério Público. Houve também o Seminário Nacional sobre Infância e Adolescência, no Rio de Janeiro, nos dias 3 e 4 de dezembro. Destaca-se ainda o lançamento da edição em português do *"Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança"*, da Organização Mundial da Saúde.

A III Conferência foi estruturada por meio de mesas redondas, painéis específicos, proposição de moções, 35 grupos de trabalho e Plenária Final. Cabe ressaltar também a realização, durante o evento, da solenidade de entrega do "Prêmio David Capistrano Filho" para as "Experiências Exitosas em Saúde Mental", que contemplou 10 municípios dentre as 73 experiências criativas e bem sucedidas em saúde mental de base comunitária inscritas. Estes múltiplos eventos e a própria mobilização em torno da conferência tiveram um razoável impacto nos meios de comunicação, com publicação de matérias jornalísticas em todo o país, além de debates em programas de rádio e TV de

alcance nacional (ver "III Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório de Divulgação na Imprensa: novembro 2001 - fevereiro 2002").

Apontam-se a seguir alguns aspectos da dinâmica de organização dos trabalhos durante a Conferência, explicitando o processo de montagem e a metodologia utilizada em cada uma das etapas de consolidação, discussão e deliberação que conduziram a este Relatório Final.

Os 35 grupos de trabalho discutiram os quatro subtemas. Cada um destes grupos contava com um Coordenador e o resultado de suas deliberações era registrado por dois relatores, um dos quais escolhido pelo coletivo do grupo. Os 35 relatórios de cada dia eram então lidos e analisados pela Comissão de Relatoria, que criava categorias específicas para agrupá-los, permitindo então verificar as repetições e superposições. A partir daí, a comissão tinha por princípio preservar ao máximo a formulação original das propostas, consolidando os relatórios finais de cada dia de trabalho, para serem encaminhados à Plenária Final, totalizando cerca de 1.100 propostas nos três dias de atividades. Um trabalho deste porte exigiu que alguns relatores, coordenadores de grupo e colaboradores fossem incorporados à Comissão de Relatoria, por decisão da Comissão Organizadora.

A Plenária Final durou cerca de 23 horas de discussões, indicações de destaques e decisões por votação, cobrindo todas as propostas feitas. As deliberações tomadas foram digitadas em tempo real, em um processo acompanhado inteiramente pela plenária através dos telões. Toda a Plenária Final teve registro em notas taquigráficas, que foram transcritas, permitindo a fácil verificação de possíveis dúvidas sobre decisões específicas digitadas – o que se revelou uma referência importante, nos casos de algumas dúvidas concretas surgidas no trabalho de consolidação final deste relatório.

A metodologia adotada pela Comissão de Relatoria estabeleceu uma recategorização mais detalhada, abrindo-se novas seções e sub-seções específicas, permitindo-se uma verificação mais acurada das propostas semelhantes e das repetições. Além disso, buscou-se distinguir as propostas mais gerais e diretrizes norteadores relativas a cada tema/seção, das propostas mais operacionais para sua implementação. Conforme se poderá verificar no corpo do relatório, algumas propostas mais gerais foram agrupadas para compor a parte inicial de cada temática ou tópico específico, na forma de texto corrido e outras foram numeradas. As propostas operacionais passaram por um processo de fusão, em caso de indicações semelhantes, e foram também incluídas na mesma numeração juntamente com as propostas mais gerais. Todavia, em ambos os casos, manteve-se a diretriz de se respeitar ao máximo a redação e a terminologia originais das propostas, e todas as fusões e transformações realizadas nas propostas originais, nas diferentes fases, foram registradas para eventuais consultas.

Quanto às Moções, estas exigiram um processo e metodologia específica. Foram apresentadas 89 (oitenta e nove) Moções para discussão e aprovação na Sessão Plenária de Encerramento. As Moções foram classificadas em três categorias, a saber: Aprovadas - 65 (sessenta e cinco); Suprimidas - 08 (oito) e Insuficientes de assinaturas válidas - 16 (dezesseis). Coube à Relatoria, desde o início do processo de recebimento das mesmas, a tarefa de selecioná-las e agrupá-las conforme a categoria a que pertencessem, tomando sempre o cuidado de conferir o número de assinaturas válidas, ou seja, assinaturas de delegados credenciados. Muitas das moções apresentaram graves problemas de estrutura e redação, prejudicando sua compreensão. Isto gerou a necessidade de que fossem editadas, mas mantendo-se a preocupação explícita de garantir a fidelidade ao sentido proposto.

Depois de todo este processo, a importância de um Relatório Final deve ser reafirmada: temos em mãos uma projeção dos objetivos principais, consensados democraticamente, a serem alcançados por meio de ações de curto, médio e longo prazo, oferecendo orientações indispensáveis para gestores, prestadores, trabalhadores, movimentos sociais, organizações civis, usuários e familiares envolvidos e interessados no campo da atenção à saúde mental no País. Constitui ainda um documento importante de divulgação para aqueles que não puderam estar envolvidos diretamente nas diversas etapas da conferência, como também significa, para os interessados do exterior, um registro fundamental dos processos de mudança da atenção em saúde mental em nosso país.

Deve-se expressar o nosso mais profundo agradecimento a todas as pessoas, instituições e entidades que apoiaram das mais diversas formas a organização e a realização desta III Conferência.

Os membros da Comissão de Relatoria, com o intenso trabalho dedicado a esta empreitada, puderam participar de experiência humana ímpar de conhecimento e convivência com tantas pessoas comprometidas por este País afora com esta difícil e bela causa: de gerar cuidado e assistência em saúde mental, respeitando-se as diferenças, os direitos de cidadania, e acima de tudo, a liberdade.

E, finalmente, a avaliação da III Conferência é de que esta representa um inequívoco fortalecimento do consenso em torno da proposta da Reforma Psiquiátrica, com toda a sua pluralidade e diversidade interna, elaborando propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção em saúde mental totalmente substitutivo ao manicomial.

Todo este percurso vem reafirmar que o processo histórico da Reforma Psiquiátrica, compreendido como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais, é marcado por tensões, desafios e conflitos. Neste sentido, ele se inscreve nas possibilidades e limites das políticas públicas (e do Sistema Único de Saúde

em particular) e da implementação de projetos comprometidos com a afirmação de direitos de cidadania, com a luta contra as desigualdades sociais e os mecanismos de exclusão social.

Cientes da complexidade de tais desafios, a III CNSM elaborou propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção em saúde mental que seja humano, de qualidade e com participação e controle social. Buscamos, sobretudo, transformar as formas de lidar com a experiência da loucura e da invalidação, e de produzir novas possibilidades de vida e de relações sociais.

Por fim, é importante lembrar que o processo de Reforma Psiquiátrica não se faz apenas com leis e propostas; essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no quotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das práticas e relações interpessoais. Assim, este relatório constitui também mais um convite para todos aqueles que desejam tais ideais, em busca de sua concretização.

Comissão de Relatoria
Comissão Organizadora

I. REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL

Princípios e Diretrizes

A III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental sigam os princípios do SUS de atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social; respeitem as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das Leis Federal e Estaduais; e priorizem a construção da rede de atenção integral em saúde mental.

A implantação de políticas de saúde mental deve ser considerada como prioridade de saúde pública no País e os estados e municípios devem desenvolver uma política de saúde mental no contexto do SUS, com orientação única, inserida nos respectivos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, respeitando as necessidades, a realidade e o perfil epidemiológico de cada localidade.

As políticas de saúde mental devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. É de fundamental importância a integração desta política com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte, habitação e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania.

A reorientação do modelo assistencial deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde.

A efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Nesta perspectiva é necessário que os municípios desen-

volvam, de acordo com as diretrizes acima expostas, políticas de saúde mental mediante a implementação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde que realize ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental.

É fundamental, também, que as novas modalidades assistenciais substitutivas desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação.

Com estes objetivos, foram aprovadas também as seguintes propostas:

1. Política de saúde mental e organização de serviços

1. Reafirmar o SUS como política pública entre as três esferas de governo de forma solidária.

2. Exigir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental respeitem as deliberações das respectivas Conferências de Saúde Mental e estabeleçam Planos de implementação que contemple metas, orçamentos, prazos de investimento, avaliação, definição de natureza e capacidade operacional e proposta de gestão de serviços. Estes Planos devem ser apresentados e aprovados nos Conselhos de Saúde.

3. Regulamentação imediata da Lei n.º 10.216/01 (Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica), para garantir assistência aos portadores de sofrimento mental em serviços abertos, prescindindo efetivamente do hospital psiquiátrico, com prazo máximo até o final de 2002.

4. Garantir que, até 2004, sejam extintos todos os leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, consolidando o projeto de uma "Sociedade sem Manicômios", com a estruturação de uma rede substitutiva de atenção integral à saúde do usuário de saúde mental e com o desenvolvimento de uma estratégia de ampla discussão sobre a inclusão da loucura na sociedade. Os gestores de saúde municipais, estaduais e federal devem construir uma agenda que viabilize o alcance desta meta.

5. Exigir agilidade no processo de extinção dos hospitais psiquiátricos que consomem, atualmente, 88% dos recursos do SUS destinados para a atenção em saúde mental.

6. Exigir que a política de saúde mental tenha caráter efetivamente público, e garantir que o setor público de saúde (SUS), nas três esferas de governo, assuma, gradativamente, todos os procedimentos dados aos portadores de sofrimento mental, de modo que todos os serviços da rede substitutiva ao manicômio sejam essencialmente/estritamente públicos.

7. Garantir um modelo de assistência à saúde mental com ações e serviços de qualidade que priorize o setor público.

8. Garantir que serviços substitutivos sejam prioritariamente de caráter público. Quando for necessário estabelecer uma parceria com prestadores da sociedade civil, esta deverá ser, obrigatoriamente, submetida, aprovada e fiscalizada pelo controle social.

9. Garantir a consolidação do novo modelo assistencial através da municipalização e que a Reforma na área de Saúde Mental seja prioridade na agenda municipal de saúde. Garantir, também que a municipalização seja norteada pelos princípios públicos da legalidade, moralidade, eficiência, impessoalidade e participação.

10. Garantir que os municípios promovam a integração e a sistematização das políticas públicas em saúde mental com destinação de verba específica, exigindo o cumprimento da legislação vigente em saúde mental.

11. Garantir a inclusão das ações de saúde mental como um dos eixos prioritários da NOAS e, também, que todos os instrumentos de gestão do SUS e NOAS/PPI contemplem as propostas de reorganização da saúde mental.

12. Exigir que o Ministério da Saúde, governos estaduais e municipais incluam a saúde mental na NOAS como prioridade na atenção básica e definam estratégias a partir das necessidades dos usuários e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, assegurando que: - os municípios em gestão de atenção básica tenham equipe de saúde mental na rede; - os municípios tenham serviços substitutivos de saúde mental, garantindo o sistema de referência e contra-referência e a humanização do atendimento.

13. Garantir a micro-regionalização dos serviços de saúde mental conforme perspectiva apontada pela NOAS.

14. Definir unidades tipo CAPS como referência local, micro-regional e regional para a assistência em saúde mental, em consonância com a NOAS-2001 e com outros dispositivos vigentes.

15. Formular uma política de saúde mental extra-hospitalar emergencial para os municípios que não dispõem de recursos assistenciais.

16. Garantir a desburocratização e agilização do cadastramento e credenciamento, junto ao Ministério da Saúde, de serviços substitutivos existentes em municípios que não se encontram em gestão plena e, também, dos projetos enviados pelos estados para a implantação de serviços substitutivos.

17. Garantir que as Secretarias e os Conselhos Estaduais, assim como as Secretarias e os Conselhos Municipais de Saúde acompanhem os projetos dos CAPS e que estes sejam qualificados.

18. Assegurar a descentralização da atenção, implantando, até 2003, serviços de atenção integral em saúde mental em todos os

municípios, formados por equipe interdisciplinar, evitando assim sobrecarregar os municípios de referência regional.

19. Garantir que na agenda de 2002 sejam criados mecanismos para implementar, nos municípios, serviços substitutivos com equipes multiprofissionais, oficinas terapêuticas, CAPS e outras formas de atenção em saúde mental tais como: cooperativas sociais, clubes de lazer, serviços residenciais terapêuticos e visitas domiciliares, de acordo com as diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

20. Exigir que a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde analise a Portaria/SNAS n.º 224/92, tendo em vista os atuais modelos de atenção, adequando-a à realidade atual, particularmente no que diz respeito ao número de leitos e de equipes mínimas. Esta análise deverá contemplar, inclusive, dispositivos como os hospitais de custódia e tratamento, revendo sua pertinência.

21. Assegurar que não haja contratação de serviços substitutivos que funcionam dentro ou nas imediações de hospitais psiquiátricos, em contradição com os princípios da desinstitucionalização. E, também, garantir que os hospitais-dia anexos de hospitais psiquiátricos não sejam credenciados.

22. No processo de reorientação do modelo assistencial garantir a humanização do sistema de saúde. E, também, promover a integração dos serviços de saúde de forma a garantir assistência integral aos usuários de saúde mental.

23. Garantir a observação das recomendações da OMS expressas no Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo/2001, com o objetivo de contemplá-las no estabelecimento da reorientação da assistência em saúde mental.

24. A reorientação do modelo assistencial em saúde mental apresenta, dentre seus pilares, a ressignificação da idéia de

internação, isto é sua compreensão como *hospitalidade* diurna e noturna, que faz parte do projeto terapêutico do usuário.

25. Garantir o desenvolvimento de estratégias diversas de ofertas de serviços de saúde mental pautadas nas possibilidades dos indivíduos, das famílias e dos serviços, para prestar cuidados e não apenas na identificação de "patologias".

26. Abolir o eletrochoque, por ser prática de punição, de suplício e de desrespeito aos direitos humanos.

27. Garantir espaços de promoção de saúde mental, estimulando a criação de grupos de convivência e oficinas terapêuticas na comunidade, trabalhando de modo interdisciplinar e investindo na saúde mental de crianças, adolescentes, adultos, idosos, pessoas com necessidades especiais, além de dar oportunidade de trabalho para atores sociais e profissionais de diversas áreas do conhecimento, investindo em atividades musicais, pintura, escultura, esporte, teatro e outras.

28. Garantir a definição de uma política intersetorial para atendimento às pessoas portadoras de deficiência mental articulando as ações da saúde, educacional, assistência social, poder judiciário e atenção às vitimas de violência.

29. Garantir que as políticas de saúde mental desenvolvam ações de vigilância visando transformar as condições de produção do sofrimento.

2. Responsabilidades do gestor

Os gestores, nas três esferas de governo, são responsáveis pela implantação de políticas de saúde mental de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e os princípios do SUS.

Em relação às responsabilidades do gestor, forma aprovadas as seguintes propostas:

30. Exigir do Ministério da Saúde a construção de um Plano Nacional de Saúde Mental, respeitando as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, sustentado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, visando a extinção definitiva do hospital psiquiátrico e a constituição de uma rede substitutiva de cuidados, dentro da lógica de cidadania e da inclusão social. O plano nacional deve estabelecer um cronograma de desativação dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados, com orçamentos, recursos para investimentos, definição da natureza, capacidade operacional, indicadores para avaliação e propostas de gestão para os equipamentos da rede substitutiva e prazos para a implementação de suas metas. O Conselho Nacional de Saúde deverá aprovar este plano que deverá ser desdobrado em planos estaduais e municipais aprovados pelos respectivos conselhos.

31. Exigir das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde que os respectivos planos de ação em saúde mental respeitem as Conferências Municipais e Estaduais e estejam de acordo com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Estes planos devem estabelecer metas, orçamentos, indicadores (dentre os quais os indicadores epidemiológicos) para avaliação, investimento, definição da natureza, capacidade operacional e proposta de gestão para cada equipamento. Os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e as respectivas Comissões de Reforma Psiquiátrica devem aprovar estes Planos.

32. Garantir que o Ministério da Saúde capacite os Grupos Técnicos de Saúde Mental instituídos pela Portaria/GM n.º 799/00 e que os estados e municípios efetivem estes grupos de forma a viabilizar o controle e vigilância em saúde mental.

33. Garantir que os gestores respeitem e implementem as deliberações dos Conselhos Municipais de Saúde.

34. Responsabilizar os gestores de saúde que efetivarem repasses de recursos financeiros para hospitais psiquiátricos que desrespeitam os direitos humanos dos usuários.

35. Garantir que o Ministério da Saúde não "amarre" o modelo assistencial através do financiamento.

36. Exigir dos gestores e políticos que a desinstitucionalização seja efetivada investindo recursos financeiros, materiais e humanos necessários para criação, manutenção, sustentação e expansão dos projetos de saúde mental, os quais deverão estar de acordo com os princípios do SUS e diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

37. Os gestores deverão facilitar o processo de reorganização da assistência em saúde mental, proporcionando e garantindo, em todos os níveis da rede de serviços, recursos e condições financeiras, materiais, técnicos e espaço físico adequado para a viabilização de novos modelos assistenciais e o desenvolvimento das ações de saúde mental, incluindo, também, veículos para situações de pronto-atendimento, visitas domiciliares e outros.

38. Garantir, na mudança de gestores, a continuidade dos projetos legitimados pela população, deliberados pelas Conferências de Saúde Mental e aprovados pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde.

39. Criar e reconhecer, em todos os níveis (federal, estadual e municipal), o cargo de Coordenador em Saúde Mental, legitimando-o, do ponto de vista técnico e político, e garantindo que este cargo seja ocupado por profissional identificado e atuante na área de saúde mental. A votação do coordenador deve produzir-se num processo democrático com participação do gestor, dos trabalhadores, dos usuários e dos Conselhos de Saúde.

40. Os gestores, federal e estaduais, devem oferecer total apoio e acompanhamento ao processo de municipalização na saúde mental, responsabilizando o gestor municipal pela implantação

das propostas, considerando que a Reforma Psiquiátrica acontece fundamentalmente no município.

41. Garantir que as coordenadorias estaduais ou regionais de saúde prestem assessoria especializada sistemática aos municípios para a implementação de políticas e serviços de atenção integral à saúde mental, segundo a concepção de um modelo inclusivo.

42. Garantir que todos os municípios em Gestão Plena de Atenção Básica e/ou Gestão Plena do Sistema Municipal deverão se responsabilizar pela implantação de serviços substitutivos de acordo com as necessidades locais.

43. Garantir que as ações de saúde entre municípios pólos ou referência sejam marcadas pela integração e co-responsabilidade dos gestores de saúde. A intenção é evitar ou eliminar a "empurroterapia" que gera desassistência.

44. Garantir que os gestores, municipais, estaduais e federal, apóiem a formação de profissionais baseada em uma concepção integral (atenção, reabilitação, ensino e pesquisa e prevenção) da saúde mental.

45. Garantir a inclusão de recorte de gênero, raça e etnia na elaboração, implantação e execução de diretrizes e ações nas campanhas promovidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

46. Garantir que as orientações normativas do Ministério da Saúde na área de Saúde Mental sejam encaminhadas a todos os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com vistas à efetiva implantação da Reforma Psiquiátrica.

47. 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 existentes.

48. Garantir que o Ministério da Saúde elabore e distribua manual de esclarecimento sobre vias de repasse financeiro,

pólos de atendimento e definição de cada município no contexto da NOAS/2001.

49. Garantir que o Ministério da Saúde articule maior intercâmbio entre os CAPS de todo o Brasil.

50. Garantir que o Ministério da Saúde estabeleça critérios, a serem cumpridos pelas três esferas de governo, para que o Ministério Público de cada comarca seja cientificado da posse dos respectivos Conselhos de Saúde, para que possam acompanhar ações e apoiar estes Conselhos.

51. Assegurar que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde promovam campanhas na mídia, de esclarecimento sobre: os direitos e deveres dos cidadãos no controle social do SUS; a legislação vigente (e legislações anteriores) e projetos que possam beneficiar os usuários de saúde mental.

3. Planejamento

No processo de Reforma Psiquiátrica é fundamental planejar a política de saúde mental de forma que se garanta a atenção eqüitativa para todos os estados brasileiros, e estabelecer estratégias de planejamento, programação e implementação das ações e atividades de saúde mental na rede de serviços de saúde do SUS.

Em relação ao planejamento da política e dos serviços de saúde mental foram aprovadas também as seguintes propostas:

52. Criar mecanismos de avaliação, acompanhamento, planejamento e fiscalização contínua da rede de serviços de saúde do SUS e incluir, na Portaria/GM n.º 799/00, a participação da sociedade civil e, em particular, os usuários e familiares.

53. Incorporar os dados de saúde mental nos sistemas de informação existentes para garantir o conhecimento da realidade epidemiológica e social e incentivar estudos epidemiológicos e pesquisas na área de saúde mental.

54. Implementar um sistema de informações sobre saúde mental que inclua denúncias, trocas e informações entre serviços que tenham atingido bons resultados, além de dados que diferenciem deficiência mental e transtornos mentais.

55. Garantir que o planejamento em saúde mental seja feito a partir do território, considerando, também, a micro e macro territorialização. Garantir, também, que os municípios não tenham que executar programas verticalizados e não discutidos amplamente.

56. Implementar uma política de avaliação epidemiológica e de qualidade de serviços e ações de saúde mental nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

4. Auditoria, Controle e Avaliação

Para a efetivação da reorientação do modelo assistencial, é fundamental a criação de indicadores e de um sistema de avaliação da política e dos serviços de saúde mental para o acompanhamento, intervenção e redirecionamento das práticas de saúde, visando a consolidação dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Com estes objetivos, foram aprovadas também as seguintes propostas:

57. Criar mecanismos para a efetivação imediata e cumprimento da Portaria/GM n.º 799/00, que cria o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.

58. Os municípios devem:

a) implementar e sistematizar as supervisões e auditorias na rede de serviços de saúde mental, respeitando o Programa Perma-

nente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental;

b) realizar vistorias trimestrais nos hospitais psiquiátricos, em conjunto com a Vigilância Sanitária Estadual e Municipal, Conselho Municipal de Saúde, Ministério Público e sociedade civil e estimular a implantação de política de supervisão e controle diário que avalie períodos de internação, coíba abusos e violação de direitos dos usuários, com acionamento imediato em caso de denúncia, e que garanta a continuidade de política de redução de leitos em hospitais psiquiátricos;

c) desenvolver ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica em Saúde Mental e Saúde do Trabalhador, inclusive o rural, nos termos da Lei n.º 8.080/90, artigo 6º, parágrafo 1º, fiscalizando especialmente as instalações e condições materiais dos hospitais psiquiátricos, instituições asilares, públicas, filantrópicas e privadas e comunidades terapêuticas.

59. Fiscalizar, de forma permanente, os hospitais psiquiátricos. Esta fiscalização deve ser realizada pelos gestores através da criação de organismos específicos que incluam, obrigatoriamente, as entidades profissionais e as representações de usuários. Os relatórios destas vistorias devem ser encaminhados aos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios nos quais se situam os hospitais psiquiátricos.

60. Desenvolver, em âmbito municipal, estadual e federal, formas de regulação e intervenção nas instituições fechadas asilares, tais como: FEBEM, asilos, fazendas, manicômios judiciários, hospitais psiquiátricos, centros de internação para adolescentes autores de atos infracionais, visando sua desconstrução de forma programada.

61. Desenvolver instrumentos de orientação e fiscalização dos asilos destinados aos idosos, que impeçam sua utilização por

usuários portadores de transtornos mentais provenientes da desativação de manicômios, que permaneceriam nessas instituições sem atendimento adequado.

62. Fiscalizar e punir clínicas e hospitais credenciados no SUS que cobram taxas "por fora" para atendimento e internação.

63. Garantir a fiscalização das Prefeituras que recebem recursos para investimento e implantação de serviços substitutivos.

64. Garantir, através de órgãos de fiscalização, municipais, estaduais e federal, que os serviços substitutivos não reproduzam a lógica manicomial de institucionalização e não atendam aos interesses de sobrevivência dos hospitais psiquiátricos.

65. Estabelecer indicadores e parâmetros para a avaliação dos serviços substitutivos.

66. Desenvolver critérios, amplamente discutidos, visando a acreditação dos serviços públicos de saúde mental.

67. Garantir a avaliação e monitoramento do funcionamento dos serviços em relação a: ingresso de usuários novos, altas, número de pessoas atendidas, número de procedimentos realizados (individual e em grupo), número de internações evitadas, número de internações realizadas e escala de avaliação de autonomia.

68. Notificar, de forma compulsória, às Secretarias Estaduais de Saúde, toda e qualquer tentativa de auto-extermínio que for atendida nos setores de emergência, públicos e privados e encaminhar, imediatamente, aos serviços de saúde mental. A notificação visa também a obtenção de dados estatísticos.

69. Garantir que as notificações de óbito sejam devidamente preenchidas pelos médicos, registrando a causa da morte, de forma a permitir uma visualização mais adequada dos indicadores de mortalidade.

5. Desinstitucionalização

5.1. Superação do modelo asilar

A efetiva superação do modelo asilar exige a implantação de uma política de desospitalização/substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a concomitante construção de uma rede substitutiva que assegure assistência integral e de qualidade de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e em conformidade com a Lei Federal n.º 10.216/01 e Portaria/GM n.º 799/00.

Com este objetivo foram aprovadas também as seguintes propostas:

70. Exigir que os estados e municípios que possuem hospitais psiquiátricos sob sua gestão elaborem Portarias visando a desativação progressiva, com metas anuais de redução do número de leitos.

71. Garantir a imediata implementação de uma política de desospitalização, que deve ser iniciada com o fechamento dos leitos privados e conveniados com o SUS e, posteriormente, dos leitos públicos, assegurando uma assistência de qualidade.

72. Garantir a imediata regulamentação de recursos destinados às ações extra-hospitalares, oriundos da verba de internações em hospitais psiquiátricos, para a formação e consolidação da rede de atenção integral.

73. Exigir do Ministério da Saúde que proponha aos municípios um cronograma de desinstitucionalização das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, articulado às ações das Secretarias Estaduais de Saúde.

74. Implantar e/ou dar continuidade a uma política de desospitalização psiquiátrica com o acompanhamento do Serviço de Controle e Avaliação das Secretarias Municipais de Saúde, visando a alta das pessoas há longo tempo internadas. Neste processo,

garantir que os recursos até então gastos com AIHs sejam efetivamente utilizados na implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e para auxiliar no sustento dos usuários e familiares. A desospitalização de cada usuário deve resultar na automática extinção do respectivo leito hospitalar.

75. Garantir a Reforma Psiquiátrica no sentido de impedir internações abusivas e desnecessárias, incentivando a criação de alternativas de tratamento nos serviços substitutivos em todos os municípios brasileiros, de forma a respeitar e atender às necessidades e especificidades locais. Neste processo, garantir que os moradores de hospitais psiquiátricos que apresentam quadros neurológicos graves e profundos e que se encontram em situação de abandono recebam assistência efetiva.

76. O processo de substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por outras formas de assistência exige a potencialização do papel dos familiares nos cuidados dos portadores de transtornos mentais.

77. Garantir que o processo de reabilitação psicossocial contemple ações destinadas à clientela com níveis de autonomia e contratualidade reduzidos. Os dispositivos de saúde devem realizar a intermediação desta clientela com o social e devem primar pela diversidade de atores, inscrevendo-se no âmbito da cidade. As atividades realizadas por estes dispositivos devem ser estruturadas e desenvolvidas na dimensão do quotidiano pessoal e social.

78. Garantir que os municípios se responsabilizem pelo processo de reabilitação e reinserção social dos usuários asilados em hospitais psiquiátricos e dos egressos de internações psiquiátricas, inclusive realizando a busca ativa de seus familiares.

79. Garantir a realização de censos hospitalares, mapeando não apenas os leitos mas, também, o perfil da clientela com prioridade de atenção, tendo em vista as Portarias GM n.º 106/00 e GM n.º 1220/00.

80. Implementar ações preventivas de saúde mental, que articulem práticas de promoção de cuidados às vitimas de violência e de desinstitucionalização.

5.2. Organização e produção da rede e dos serviços substitutivos

Para a efetivação da Reforma Psiquiátrica é necessário que cada município viabilize, de acordo com a realidade local e no contexto do SUS, a partir dos recursos disponíveis e/ou da criação dos dispositivos pertinentes à sua realidade, a implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental e a seus familiares, em todas as suas necessidades, nas 24h, durante os 7 dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização. Esta rede, composta por modalidades diversificadas de atenção e integrada à rede básica territorializada, deve contemplar ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e, também, ser estruturada de forma descentralizada, integrada e intersetorial, de acordo com as necessidades dos usuários, visando garantir o acesso universal a serviços públicos humanizados e de qualidade.

Os serviços substitutivos devem desenvolver atenção personalizada garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania.

Nesta perspectiva, foram aprovadas também as seguintes propostas:

81. Realizar o mapeamento da rede assistencial de cada município (serviços existentes, número e tipo de leitos) e a análise epidemiológica dos problemas de saúde mental prevalentes na comunidade, como subsídios para a implementação ou adequação da rede de serviços de atenção em saúde mental.

82. Reorganizar os serviços e programas de saúde mental tendo como referência a noção de território e considerando as características sócio-demográficas e culturais, a organização urbana, o perfil epidemiológico e as condições de acesso como elementos fundamentais para a integração destes serviços na rede de assistência.

83. Garantir que a rede de serviços de saúde mental nos municípios seja composta por NAPS, leitos psiquiátricos em hospital geral (quando necessário), centros de convivência, centros de saúde, serviços de atenção à criança e ao adolescente, serviços residenciais terapêuticos, programas de geração de renda e trabalho.

84. Articular as ações de assistência, promoção, prevenção e reabilitação psicossocial mediante o desenvolvimento da atenção básica associada ao Programa de Saúde da Família, implementando uma rede de serviços territoriais de saúde mental, substitutivos ao hospital psiquiátrico, composta por urgência psiquiátrica, leito psiquiátrico em hospital geral (capacitado para o atendimento de urgências), Centro ou Núcleo de Atenção Psicossocial, núcleo de atenção à população usuária de álcool e outras drogas, hospital-dia, oficina terapêutica, centro de convivência, programa de geração de trabalho e renda, cooperativa e serviço residencial terapêutico, que trabalhem de forma integrada e complementar.

85. Garantir que os gestores federal, estaduais e municipais elaborem plano de reorientação, descentralizado, do modelo assistencial da saúde mental, visando fomentar uma discussão com os municípios e/ou regiões (consórcios de municípios) dos serviços substitutivos, seguindo as prioridades – nível de atenção primária, secundária e terciária:

a) garantir a promoção do bem-estar do indivíduo (atenção primária);

b) promover ações integradas de saúde mental dos programas PSF, PACS e ESM;

c) tornar disponível o atendimento nas unidades básicas de saúde, tendo um protocolo de referência e contra-referência;

d) promover a extinção dos manicômios e implantação de programa de saúde mental com substituição de serviços existentes;

e) cada município (ou consórcios municipais), a cada 70.000 habitantes, deve contar com o CAPS público; implantação de serviços substitutivos tipo: NAPS, CAPS, oficinas terapêuticas, centros de convivência, ambulatórios integrais e leitos psiquiátricos em hospital geral, com ampla participação da comunidade nas discussões;

f) estabelecer que as urgências de psiquiatria sejam atendidas em serviços de emergência geral;

g) organizar e implantar o serviço de atendimento em saúde mental na rede municipal, composta de equipes volantes multidisciplinares, para atendimento domiciliar e emergência e internação domiciliar, garantindo a referência e contra-referência;

h) implantar no município serviço de busca em domicílio, para as pessoas que apresentam transtornos mentais, incluindo equipe interdisciplinar, serviço de chamadas, solicitação e demais recursos necessários, utilizando as unidades de saúde mental.

86. Organizar uma rede de cuidados em saúde mental, no interior da rede de serviços de saúde do SUS, descentralizada, regionalizada, horizontalizada, integrando todos os serviços e os

níveis de ação deste sistema de saúde, de forma a garantir o acesso universal a serviços humanizados e de qualidade.

87. Garantir a criação de uma rede de atenção às pessoas com transtornos mentais, à criança e ao adolescente, aos usuários de álcool e drogas e à população de rua, de acordo com suas necessidades, considerando os dados epidemiológicos e a realidade local de cada município, enfocando: atenção integral, território, acesso, gratuidade e intersetorialidade. Esta rede deve contemplar: estruturação da atenção básica em saúde mental; ampliação da rede substitutiva territorializada com CAPS e NAPS capazes de acolher e cuidar no momento de crise, preferencialmente com funcionamento 24 horas, e outros serviços como hospital-dia, serviços de pronto-atendimento e residências terapêuticas; garantia de leitos de curta duração em hospitais gerais como estratégia, visto que a rede de atenção deve trabalhar com a perspectiva de extinção da internação psiquiátrica em qualquer de suas formas; estabelecimento de responsabilidade e co-responsabilidade entre os diferentes serviços e atores que compõem a rede.

88. Garantir, respeitando as possibilidades e especificidades de cada município, a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, inseridos na rede de serviços, que assegurem o atendimento das urgências em saúde mental sem recurso ao hospital psiquiátrico, mediante funcionamento 24hs nos CAPS, NAPS, CERSAMs ou utilização de leitos em hospital geral ou internação em hospital geral.

89. Desenvolver a prática de cuidado domiciliar, em substituição ao cuidado hospitalar, como estratégia de enfrentamento das situações de crise dos portadores de sofrimento psíquico e seus familiares.

90. Implantar dispositivos complementares que ofereçam hospitalidade noturna, considerando a realidade de municípios que não dispõem de CAPS/NAPS com funcionamento 24 hs.

91. Compreender os serviços substitutivos como meio e não como fim, visando a permanente reinserção social das pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

92. Garantir que os serviços e dispositivos substitutivos:

a) atendam à complexidade e fundamentem-se nos princípios de horizontalização e de superação da lógica da tutela;

b) estabeleçam como uma das prioridades, o desenvolvimento de ações de suporte à família dos portadores de sofrimento mental e a articulação com grupos organizados da comunidade;

c) sejam, de fato, lugares de produção de sentido para a vida das pessoas atendidas;

d) sejam comunitários e territoriais, respeitando os princípios da co-responsabilização na atenção em saúde mental.

93. Repensar o perfil dos serviços prestados pelos CAPS existentes, no sentido de que eles não se tornem um modelo reprodutor da exclusão. Os CAPS devem promover, efetivamente, a diminuição do número de internações.

94. Criar CAPS em municípios que possuam equipe mínima atuante e que desenvolvam atendimento com abrangência regional.

95. Desenvolver serviços substitutivos de atenção diária, adequados à abrangência populacional de municípios de menor porte, flexibilizando os atuais critérios normativos vigentes. Em particular, flexibilizar o indicativo populacional proposto como critério para criação de serviço substitutivo, quando os municípios não contemplados por tais dispositivos apresentarem em seu território hospitais psiquiátricos.

96. Garantir que o Ministério da Saúde não padronize a criação de serviços substitutivos apenas a partir do número de habitantes nos municípios, represando a proposta de CAPS simplificado.

97. Implementar, nos municípios com população de até 70.000 habitantes, serviços substitutivos, tais como: oficinas

terapêuticas, centros de convivência, ambulatórios integrais ou em hospitais gerais.

98. Propor que os pequenos municípios se organizem em consórcios de saúde mental para a criação de uma rede de serviços de saúde mental. Implementar consórcios intermunicipais para o desenvolvimento das ações de saúde mental e para a implantação de serviços 24 horas em cidades pólo de região, promovendo o intercâmbio de experiências e assegurando que todo município tenha um serviço de referência de saúde mental.

99. Reconhecer a importância das oficinas terapêuticas na reorientação do modelo assistencial, garantindo o investimento de recursos materiais e humanos e apoiando ativamente sua implantação e desenvolvimento.

100. Promover ações para atender os usuários e familiares em situação de desvantagem social, visando garantir a autonomia em contraste com uma visão assistencialista que reforça a dependência.

101. Enfatizar a importância de as equipes de saúde mental trabalharem a potencialização da subjetividade e o resgate da afetividade na relação entre as pessoas portadoras de transtornos mentais e os familiares, através de oficinas com participação conjunta.

102. Fomentar a implantação e implementação de programas de reabilitação e ressocialização do portador de transtornos mentais, priorizando a criação de lares abrigados, oficinas de trabalho e centros de convivência para a clientela institucionalizada ou não.

103. Incluir os grupos de auto-ajuda na rede assistencial.

104. Garantir a criação de serviços de saúde mental para as populações rurais, indígenas, idosos, crianças e adolescentes, portadores de deficiência e grupos de maior vulnerabilidade (moradores de rua, pessoas usuárias de drogas, dentre outros).

105. Criar e implantar ambulatórios de neurologia, com profissionais capacitados, e oferecer exames complementares nos municípios pólo e micro-região.

5.3. Serviços Residenciais Terapêuticos

A implantação efetiva da Reforma Psiquiátrica requer o desenvolvimento de programas de desinstitucionalização das pessoas há longo tempo internadas, que visem os processos de autonomia, de construção dos direitos de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos e que garantam o acesso, o acolhimento, a responsabilização e a produção de novas formas de cuidado do sofrimento.

Neste processo é fundamental a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos com capacidades e recursos para desenvolver o acompanhamento de usuários objetivando a inserção familiar e social. Desta forma é necessário implementar a Portaria GM n.º 106/00 e garantir seu cumprimento, que prevê, dentre outras proposições, que para cada vaga aberta em Serviços Residenciais deve ser descredenciado igual número de leitos de hospitais psiquiátricos do SUS.

Ao mesmo tempo, é necessário viabilizar alternativas para a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos que possam atender às necessidades de outros portadores de sofrimento psíquico e não apenas dos egressos de hospitais psiquiátricos, conforme define a Portaria/GM n.º 106/00. Com este objetivo, foram aprovadas duas propostas:

106. Criar Serviços Residenciais Terapêuticos para acolher todos os portadores de sofrimento mental, deficientes mentais, autistas, que requeiram este tipo de dispositivo como, por exemplo, aqueles que vivem nas ruas, os egressos dos manicômios

judiciários e de outras instituições penais, bem como os egressos de demais estruturas asilares.

107. Suprimir a expressão "egressos de internação psiquiátrica de longa permanência" do texto da Portaria/GM n.º 106/00, visando possibilitar a criação de residências terapêuticas para pessoas com perfil adequado aos critérios estabelecidos pela Portaria, mas que não são oriundos de internação de longa permanência.

5.4. Trabalho e geração de renda

O processo de Reforma Psiquiátrica requer a implementação de políticas públicas que garantam e consolidem a criação de Programas de Geração de Renda e Trabalho e de Cooperativas e Associações de Usuários, visando os processos de produção de autonomia e de direitos de cidadania.

Com este objetivo, foram aprovadas também as seguintes propostas:

108. Investir nos grupos de geração de renda e trabalho já existentes nos centros de convivência.

109. Criar leis que propiciem a formação de Cooperativas e Associações de Usuários e facilitar as linhas de crédito.

110. Incentivar a organização de ações articuladas aos setores do trabalho e ação social no sentido de fomentar a realização de feiras que articulem um novo processo econômico e que sirvam como alternativa de enfrentamento do desemprego, miséria e exclusão social.

111. Criar Centros de Capacitação Profissional para portadores de sofrimento psíquico e/ou realizar convênios com instituições de qualificação profissional e do trabalho (SESI, SESC, SENAI, SENAC, FAT e Secretarias Estadual e Municipal do Trabalho).

112. Financiar políticas de inserção do portador de sofrimento psíquico no mercado de trabalho, por exemplo, mediante programas de trabalho protegido, e/ou outras formas de geração de renda, enquanto estes buscam sua autonomia via mercado formal.

113. Criar incentivos para empresas que viabilizem a inserção do usuário de saúde mental no campo de trabalho, visando sua cidadania e assegurando seus direitos de trabalhador.

114. Incentivar a criação de projeto de lei que garanta quotas participativas visando a inserção no mercado de trabalho de pessoas com transtornos mentais.

115. Considerar as ações que visam o TRABALHO com GERAÇÃO DE RENDA como parte integrante do cuidado em saúde mental.

116. Garantir que cada NAPS/CAPS desenvolva oficinas de produção sistemática, visando à profissionalização do trabalho com remuneração para os usuários.

117. Implementar programas de profissionalização e inclusão no mercado de trabalho e ampliar os espaços de convivência do portador de deficiência mental nos recursos existentes na comunidade.

118. Criar mecanismos que estimulem a inserção de ex-moradores dos serviços psiquiátricos no mercado de trabalho e outras formas de geração de renda.

6. Controle da internação psiquiátrica

No curso do processo de Reforma Psiquiátrica, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas.

Com este objetivo, foram aprovadas também as seguintes propostas:

119. Estabelecer formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial, constituído por equipe de saúde mental.

120. A internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos.

121. Estimular a criação de centrais de regulação de internação psiquiátrica com o objetivo de evitar internações não indicadas.

122. Rever o critério de tempo de internação e garantir, por meio de supervisões institucionais e fiscalizações, que o tempo de internação seja o mais breve possível, de acordo com avaliação e conduta psiquiátrica e da equipe multiprofissional.

123. Exigir que os municípios implementem o controle de emissão de laudos para internações psiquiátricas por qualquer profissional médico, de forma que as emissões de AIH sejam feitas a partir dos pareceres e indicações técnicas das equipes de saúde mental, antes de uma definição pela remoção do usuário para internação hospitalar.

7. Acesso à rede de atenção

No que diz respeito à porta de entrada da rede de atenção, foram aprovadas quatro propostas:

124. Incluir atenção psiquiátrica na regulação de urgência/emergência, com mecanismos claros de referência e contra-referência que garantam o acesso, a regionalização, informação imediata de internações e altas para os serviços referenciados e

exigir o cumprimento da resolução CIS n.º 35, no que tange à porta de entrada para o sistema de internações.

125. Garantir, de acordo com a realidade local, que os Serviços de Base Territorial possam funcionar como porta de entrada ao SUS.

126. Estabelecer como porta de entrada da rede de saúde mental as Unidades Básicas de Saúde, preferencialmente por meio da estratégia de Saúde da Família.

127. Suscitar discussão ampla sobre a aplicação da noção de hierarquização aos serviços de saúde mental.

8. Atenção Básica

No que diz respeito à Atenção Básica, é importante reafirmar as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que indicam a responsabilidade da unidade básica por 80% das necessidades de saúde da população, incluindo atenção em saúde mental.

Com este objetivo, e atendendo ao Princípio da Integralidade, é necessário incluir a atenção aos portadores de sofrimento psíquico nas ações básicas de saúde e, também, incorporar as ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família.

Faz-se necessário ainda que a reorganização da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental enfatize a Atenção Básica, entendendo esta como um conjunto de unidades e ações articuladas em um território, sob o eixo do acolhimento, vínculo e heterogeneidade.

Em relação à Atenção Básica, foram também aprovadas as seguintes propostas:

128. Defender a inclusão das ações em saúde mental no nível básico da atenção à saúde, no elenco de Ações e Programas exigidos pela NOAS/2001, para que os municípios sejam habi-

litados ao nível de gestão PAB Ampliado, de modo que sejam cumpridas as metas da OMS, quando, em sua recente Assembléia Mundial, em maio de 2001, deliberou pela ampliação dos cuidados em saúde mental na Atenção Básica à Saúde.

129. Priorizar as ações de cuidados primários de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, no que tange aos quadros clínicos e subclínicos de depressão, ansiedade e suas relações de comorbidade.

130. Garantir que a Rede Básica de Saúde desenvolva ações de vigilância à saúde na área de Saúde Mental, no sentido de localizar e atuar nas áreas de risco geradoras de sofrimento mental (locais de trabalho, condições de moradia e outras), contribuindo assim para desenvolver a ação intersetorial necessária para a redução do sofrimento.

131. Criar, em âmbito nacional, principalmente nas regiões que não dispõem de psiquiatras, protocolos de atendimento e prescrição de medicações psiquiátricas dirigidos aos médicos generalistas, com a finalidade de atender pessoas com problemas mentais e de impedir a medicalização excessiva, que também é geradora de sofrimento.

132. Introduzir o atendimento domiciliar na Rede de Assistência Básica.

133. Garantir o acesso do portador de transtornos mentais ao tratamento odontológico, de Fonoaudiologia e de Terapia Ocupacional na Rede Básica de Saúde.

134. Incluir, nas agendas municipais de saúde, a atenção à saúde mental, definindo elementos para compor o pacto de criação de indicadores da atenção básica.

135. Garantir maior resolubilidade e capacidade da Rede Básica de Atenção, com capacitação em saúde mental das equipes mínimas do PSF, garantindo a integralidade da atenção, dimensionando equipes especializadas de referência (para

atendimento e assessoria) que podem ser específicas, ou aquelas dos serviços de saúde mental especializadas já existentes.

136. Garantir a incorporação das ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família, mediante oferta de ações mais locais por parte dos profissionais de Saúde da Família, tais como: visita domiciliar, potencialização de recursos comunitários, atendimentos em grupo e individuais, em articulação com os profissionais de saúde mental.

137. Garantir que cada município conte com atendimento e integração da assistência à saúde mental na rede básica (PACS/ PSF/Centros de Saúde comunitários).

138. As equipes multiprofissionais de saúde mental que trabalham junto ao PSF atenderão prioritariamente aos casos graves e observarão a seguinte proporção para sua constituição: um profissional de saúde mental para cada duas equipes de Saúde da Família.

139. Promover a prevenção em saúde mental por meio da oferta de atividades para este fim (por exemplo: esportes comunitários, grupos de mães, oficinas de arte e de ofícios, grupos de apoio, lazer e outros), desenvolvidas preferencialmente por recursos comunitários, Saúde, PACS, PSF e comunidade.

140. Criar equipes volantes de saúde mental, capacitadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que funcionem como referência às equipes do PSF e das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com a necessidade epidemiológica de cada localidade ou para cada grupo de cinco equipes.

141. Garantir supervisão continuada no desenvolvimento do trabalho conjunto das equipes PACS/ PSF e Saúde Mental e, também, avaliar as ações de saúde mental executadas pelas equipes de Saúde da Família visto que o Programa é recente.

142. Implantar serviços de atendimento/internação domiciliar em saúde mental realizados por equipes itinerantes ou equipes do PACS/PSF.

143. Criar a ficha "B" de Saúde Mental no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, como forma de coletar dados para acompanhar, monitorar e avaliar os usuários portadores de transtornos mentais atendidos pela Equipe de Saúde da Família. E o grupo "Atenção à Saúde Mental" do sistema de informações ambulatoriais do SUS na designação "atendimento a grupos específicos" da tabela de procedimentos.

9. O lugar do hospital geral na rede de atenção

No que diz respeito aos hospitais gerais, tanto em relação ao acesso como em relação à implantação e ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais foram apresentadas as seguintes propostas:

144. Garantir que todo hospital geral, público e privado, possa atender às pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

145. Ampliar o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais nos municípios, cumprindo a Lei n.º 10.216/01 e a Lei Estadual n.º 9.716/92, do Rio Grande do Sul, que prevê o fechamento de um leito em hospital psiquiátrico para cada dois leitos criados em hospital geral, bem como criar serviços de urgências psiquiátricas, nos quais o paciente possa permanecer em observação por até 72 horas, com posterior encaminhamento para continuidade do tratamento nos demais serviços de saúde mental, implementando o cadastro de 10% dos leitos dos hospitais gerais para internações psiquiátricas.

146. Garantir, a partir da data de término desta Conferência, a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, respeitando a Portaria/SNAS n.º 224/92.

147. Garantir que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde exijam dos hospitais públicos, privados e filantrópicos credenciados, a reserva de leitos psiquiátricos - na proporção de 5% dos leitos totais - para atendimento de urgência e emergência.

10. Assistência farmacêutica e exames complementares

No processo de Reforma Psiquiátrica, um dos itens de fundamental importância está relacionado à questão da assistência farmacêutica. Um dos aspectos levantados diz respeito à necessidade de que o Ministério da Saúde defina e implemente uma política de medicamentos para a área de Saúde Mental, com a criação de protocolos de tratamento.

Outro aspecto diz respeito à garantia de que cada estado tenha um plano, integrado com os municípios, de distribuição descentralizada e controle sistemático dos medicamentos psiquiátricos. Os municípios devem se responsabilizar pela organização de protocolos de tratamento com os medicamentos padronizados, de acordo com a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), além de cadastros de dispensação de medicamentos.

Propõe-se também a revisão da lista dos medicamentos psicotrópicos disponíveis no SUS, inclusive os de alto custo. Além disso, considera-se fundamental garantir o uso racional e seguro dos psicofármacos, assim como o acesso e o fornecimento gratuito de medicamentos, inclusive os de última geração, de acordo com protocolos de tratamento, incorporando inovações tecnológicas comprovadas e seguras.

Deve-se garantir também que os serviços de saúde mental ofereçam orientações e informações sobre o uso de medicamentos aos usuários e familiares.

Com estes objetivos, foram aprovadas também as seguintes propostas:

148. Problematizar a tensão existente entre as demandas advindas da precariedade social e a restrição das ações oferecidas no campo da Saúde Mental, definindo como problema ético a recorrência exclusiva à medicalização como forma de minimizar a adaptação do sofrimento psíquico às condições precárias de vida. Criar mecanismos que inibam a medicalização do sofrimento psíquico e da exclusão social.

149. Garantir o uso racional, seguro e eficaz de todos os itens de medicamentos que constituem o Programa de Dispensação de Medicamentos de Saúde Mental, em tempo hábil, contínuo, ininterrupto e proporcional ao número de usuários, realizando farmacovigilância com a devida assistência farmacêutica.

150. Pleitear junto ao Ministério da Saúde a defesa da quebra de patente dos medicamentos de última geração em saúde mental, visando o barateamento do custo e a garantia da distribuição em toda rede.

151. Rediscutir com os Conselhos Profissionais da área da saúde mental a regulamentação de dosagens nas prescrições de psicofármacos.

152. Garantir a realização dos exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dos portadores de sofrimento mental, bem como receituários padronizados e cadastramento de médicos.

153. Ampliar a contrapartida das Prefeituras na compra dos medicamentos, complementando a compra dos medicamentos da lista básica, que deverá ser revista e ampliada.

154. Garantir que uma comissão de usuários e familiares possa acompanhar as necessidades e a aquisição dos medicamentos, exigindo que todos os usuários possam ser contemplados.

155. Garantir o acesso aos medicamentos excepcionais, inclusive os de última geração, gratuitamente, na rede básica, através de protocolos de atendimento, de forma a garantir o uso racional e seguro de psicofármacos.

156. Priorizar a distribuição gratuita de psicofármacos pelo SUS exclusivamente aos usuários ambulatoriais cadastrados nos serviços públicos de saúde mental.

157. Fiscalizar o controle de medicamentos, por meio de comissão permanente, para subsidiar a aquisição e o repasse de verbas destinadas a sua compra.

11. Intersetorialidade

A formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho e Lazer e a articulação de parcerias com a Universidade, o Ministério Publico e as Organizações Não-Governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população.

No desenvolvimento de trabalhos com a perspectiva da intersetorialidade, destaca-se, ainda, a necessidade de contemplar a singularidade de cada território.

Além das questões acima referidas, outras propostas também foram aprovadas :

158. Orientar o desenvolvimento de ações de saúde mental, em nível primário, de forma intersetorial e interdisciplinar, articu-

lado com a rede informal de atenção à saúde na comunidade, com outras políticas (Lazer, Esportes, Cultura, Serviço Social, Conselho Tutelar, Ministério Público, etc.) promovendo também a intervenção pública junto à população em situação de risco e vulnerabilidade social.

159. Criar fóruns municipais inter-institucionais permanentes para discussão, criação, avaliação e ampliação das políticas públicas de saúde voltadas para a população de rua, criança e adolescente, álcool e drogas, terceira idade e mulher.

160. Estabelecer, no primeiro semestre de 2002, um cronograma para a realização de seminários intersetoriais locais e nacional, com a participação da Saúde, Educação, Cultura, Ministério Público, Assistência Social e outros setores visando definir parcerias e agilizar as ações em saúde mental.

161. Construir políticas públicas intersetoriais para as pessoas portadoras de deficiência mental, nos diversos níveis do sistema, e fortalecer e criar serviços de atenção diária para portadores de deficiência mental severa e profunda, associada ou não a outras deficiências, em parceria com organizações não-governamentais, visando a qualidade de vida dos usuários e familiares.

162. Garantir a implementação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que prevê o acesso à educação aos portadores de transtornos mentais, nas escolas públicas e privadas, por meio da realização de parcerias entre as Secretarias de Saúde, Educação e Ação Social, visando a capacitação continuada de todos os profissionais da rede de ensino sobre a educação inclusiva e a questão da Saúde Mental. Desenvolver, também, ações intersetoriais nas escolas e realizar eventos sobre a temática da Saúde Mental como, por exemplo, palestras dirigidas aos adolescentes.

163. Garantir que o Ministério e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde fomentem a discussão étnica/racial na rede

da saúde mental e estabeleçam dispositivos efetivos de análise de dados sobre esta questão junto ao DATASUS.

164. Criar, em regime de urgência, uma comissão para investigação da saúde mental das nações indígenas, considerando, por exemplo, o alto índice de suicídio entre os índios do município de Dourados e, também, implantar ações de saúde mental e grupos terapêuticos nas comunidades rurais, indígenas e itinerantes.

165. Implementar ações de saúde mental do trabalhador, que contemplem:

a) Promoção de amplas discussões sobre saúde mental do trabalhador na comunidade, nos movimentos populares, nos movimentos sindicais e associações;

b) desenvolvimento de ações intersetoriais no sentido de prevenir problemas de saúde mental decorrentes das condições de trabalho;

c) capacitação dos órgãos representativos dos trabalhadores sobre a compreensão do sofrimento psíquico causado pelo trabalho, visando assegurar os direitos dos trabalhadores com transtornos mentais;

d) reconhecimento dos transtornos mentais como determinado pela atividade laborativa, ou seja, pelas condições ambientais ou organizacionais do trabalho;

e) garantia de que os desempregados sejam considerados como grupo de risco nas ações de saúde em geral e saúde mental em especial;

f) criação de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador com ações de saúde mental;

g) cumprimento da deliberação da Conferência Nacional de Saúde Mental, que assegura que as empresas causadoras de algum mal psíquico aos seus funcionários devem prestar total assistência, indenizando-os e garantindo seus empregos.

12. Atenção à criança e ao adolescente

A elaboração e execução de ações no campo da Saúde Mental infanto-juvenil devem compor, obrigatoriamente, as políticas públicas de saúde mental, respeitando as diretrizes do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os princípios do ECA. Estas políticas devem ser intersetoriais e inclusivas, com base territorial e de acordo com a realidade sociocultural de cada município. Nesta perspectiva, é fundamental a criação e/ou fortalecimento de uma rede de atenção integral à criança e adolescente e a reavaliação dos serviços existentes.

Em relação à atenção à criança e ao adolescente foram aprovadas também as seguintes propostas:

166. Constituir uma agenda específica para crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental, elegendo esta temática como o foco prioritário das discussões no ano 2002.

167. Propor que a III Conferência Nacional de Saúde Mental referende as propostas aprovadas na Pré-Conferência para a Infância e Adolescência, realizadas nos dias 3 e 4 de dezembro de 2001.

168. Criar a política de atenção à saúde mental da criança e do adolescente, mediante a implementação de CAPS infantil e outros serviços e garantir que o Ministério da Saúde normatize a criação dos CAPS, tendo como fundamento os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

169. As diretrizes da Reforma Psiquiátrica, encarnadas nos CAPS, podem assumir diferentes configurações concretas de serviços de base territorial, de acordo com as possibilidades, disponibilidades e particularidades de cada município brasileiro.

170. Exigir que a rede substitutiva inclua a atenção à criança e ao adolescente nos diferentes serviços.

171. A rede de atenção integral à criança e adolescente deve garantir acessibilidade, fluxo e priorização de casos de maior gravidade, dentro de um enfoque multiprofissional.

172. Implantar, em todos os estados e municípios, oficinas para crianças e adolescentes em consonância com as políticas de atendimento em saúde mental, na perspectiva de construção de cidadania.

173. Os CAPS infanto-juvenis ou outros dispositivos de base territorial devem ter como uma de suas prioridades de ação os projetos de desinstitucionalização de crianças e adolescentes internados em manicômios ou abrigos públicos, filantrópicos ou privados.

174. Garantir o direito da criança e do adolescente, portador de sofrimento mental e/ou usuários de drogas, de ser atendido em serviços substitutivos específicos. As internações, quando necessárias, devem realizar-se em serviços 24hs ou hospitais gerais, no setor de pediatria, com a presença de acompanhante.

175. Garantir que a criança e o adolescente com problemas escolares, uma vez esgotados os recursos de âmbito da ação escolar, tenham o direito ao atendimento, junto com seus familiares, na rede básica de saúde.

176. Criar fóruns intersetoriais nacional/estadual/municipal para tratar de questões referentes ao campo da infância e adolescência. Estes fóruns deverão ser coordenados conjuntamente pelos Conselhos Nacionais de Saúde e dos Direitos da Criança e do Adolescente (CNS e CONANDA).

177. Construir e fortalecer espaços coletivos intersetoriais como instâncias de discussão da política de atenção à saúde mental da criança e do adolescente, assegurando interlocução com a Educação, conselhos municipais de saúde, juizado, promotoria, conselhos tutelares e Rede Nacional dos Direitos Humanos.

178. Garantir que as Comissões de Saúde Mental de nível municipal atuem de forma intersetorial nos Conselhos Municipais de Assistência Social, Direitos da Criança e do Adolescente e outros.

179. Realizar um censo nacional, operacionalizado pelos municípios, para o mapeamento dos serviços existentes, contemplando o perfil clínico, social e epidemiológico da clientela infanto-juvenil que vem sendo atendida nos serviços de saúde mental públicos, filantrópicos e contratados e instituições de assistência social e judiciárias.

180. Estabelecer condições para a construção de um indicativo populacional como critério para criação de serviço substitutivo destinado ao atendimento de crianças e adolescentes, especialmente nos municípios onde houver ausência total de serviços, e naqueles em que as crianças e os adolescentes portadores de deficiência mental e transtornos psíquicos são assistidos pelo modelo asilar.

181. Promover, por meio dos serviços territoriais, a qualificação, no campo da saúde mental, de equipes das maternidades para garantir o cuidado precoce do recém-nascido com danos neurológicos e a atenção à gestante e à parturiente, sempre que se fizer necessário.

182. Estabelecer mecanismos de referência e contra-referência efetivos entre as equipes de maternidades e outros serviços especializados no atendimento às crianças portadoras de patologias congênitas e outros transtornos decorrentes de etiologias diversas (paralisia cerebral, etc), visando a intervenção precoce para a criança e seus familiares.

183. Garantir, nas três esferas governamentais, o cumprimento da Lei sobre a comercialização de bebidas alcoólicas e tabaco para crianças e adolescentes.

13. Atenção aos usuários de álcool e outras drogas

Na construção da política de saúde mental é fundamental garantir que o Ministério da Saúde defina políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que deverão ser baseadas no respeito aos direitos humanos, nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. É fundamental, também, garantir que o SUS se responsabilize pelo atendimento dos usuários de álcool e drogas e, ao mesmo tempo, não reduzir esta questão a uma problemática exclusiva da saúde.

Com esta perspectiva, é necessária a criação de uma rede de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas integrada à rede do SUS, que evite a internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas até então destinadas à sua internação.

Foram aprovadas também as seguintes propostas:

184. Garantir que os planos municipais de saúde contemplem propostas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, incluindo a criação de fóruns e de ações intersetoriais para discussão e implementação de uma política abrangente.

185. A política e o plano municipal de saúde mental devem prever a criação, organização e implementação de serviços básicos e especializados de referência, eficazes para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas. E devem garantir, também, o desenvolvimento, nas unidades básicas de saúde, de grupos de acolhimento e encaminhamento para os serviços especializados.

186. Efetivar políticas locais de saúde mental para atenção de usuários de álcool e outras drogas, visando prevenção e tratamento adequando o serviço à realidade local. Buscar financiamento junto ao poder público e desenvolver parcerias com segmentos da sociedade

organizada (organizações não-governamentais, empresas e terceiro setor, universidades, voluntariado e igrejas).

187. Exigir que o Ministério da Saúde e demais órgãos competentes estabeleçam, mediante portarias, resoluções e decretos, a normatização do funcionamento técnico, administrativo e clínico, assim como o devido financiamento dos serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. E, também, garantir que a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde promova fóruns regionais sobre o uso abusivo de drogas, com o objetivo de traçar uma política de saúde mental específica para esta questão.

188. Garantir que o Ministério da Saúde normatize a política de atenção às pessoas usuárias de álcool e outras drogas .

189. Garantir, nos três níveis de governo, que o Programa de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas esteja vinculado à Coordenação de Saúde Mental, assegurando a interface com outras políticas e setores e respeitando a especificidade de cada localidade.

190. Garantir que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas adote estratégias de redução de danos. E, também, implantar o Programa de Redução de Danos - PRD - em todos os municípios, promovendo o envolvimento da comunidade, visando prevenir e reduzir a transmissão de DST/AIDS.

191. Garantir que o atendimento às pessoas usuárias de álcool e outras drogas e seus familiares seja integral e humanizado, realizado por equipe multidisciplinar, na rede de serviços públicos (UBS, CS, PSF, NAPS, CAPS, hospital-dia e unidade mista para tratamento de farmacodependência, serviço ambulatorial especializado, atendimento 24 horas), de acordo com a realidade local.

192. Implantar, de forma integrada e simultânea, estratégias de assistência aos usuários (adultos, crianças e adolescentes) de álcool e outras drogas, inclusive tabaco, no conjunto de serviços

de base comunitária, CAPS, NAPS e serviços residenciais terapêuticos.

193. Garantir, para os usuários de álcool e outras drogas, a rede básica de saúde como porta de entrada, e respeitar os níveis de complexidade.

194. Garantir que a Comissão Intergestora Bipartite faça cumprir e os Conselhos de Saúde fiscalizem a normatização em vigor que orienta e determina que a internação dos usuários de álcool e outras drogas deve ser realizada em hospitais gerais e não em hospitais psiquiátricos. Garantir, também, que a desintoxicação ocorra em serviços de emergência e enfermarias de hospital geral, evitando a internação em hospitais psiquiátricos.

195. Proibir que os leitos psiquiátricos de serviços conveniados sejam utilizados para a internação de usuários de álcool e outras drogas.

196. Exigir que o SUS promova o descredenciamento de clínicas destinadas à internação de usuários de álcool e outras drogas, e proíba novos credenciamentos. Os municípios que não dispõem de serviços adequados (CAPS e NAPS) para atender esta clientela deverão providenciá-los.

197. Garantir que os SUS controle, fiscalize e delimite a ação das comunidades terapêuticas, com participação efetiva da vigilância sanitária.

198. Iniciar imediatamente o processo de acreditação das instituições de assistência ao usuário de álcool e de outras drogas, bem como estabelecer critérios para esse fim.

199. Garantir a implantação de serviços de atendimento em saúde mental para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, inclusive tabagismo, nas cidades-pólo e sedes de microrregiões.

200. Garantir a criação, em cada estado, de, no mínimo, um Centro de Referência Regional para atenção aos usuários de álcool

e outras drogas, que possa trabalhar em parceria com Núcleos de Saúde Mental de referência em cada município.

201. Propor a realização, em cada município, de levantamento epidemiológico sobre a incidência do uso abusivo de álcool e outras drogas.

202. Realizar censo de base epidemiológica para conhecer o perfil da clientela de usuários de álcool e outras drogas com internações de longa permanência na rede hospitalar pública, conveniada e privada, a fim de estabelecer o projeto terapêutico.

203. Garantir que o Ministério da Saúde e a Vigilância Sanitária orientem e controlem a distribuição de medicamentos para as pessoas com dependência de drogas de forma a evitar outra dependência.

204. Garantir que os órgãos fiscalizadores desenvolvam uma atuação mais efetiva na fiscalização do funcionamento de bares e similares que comercializam bebidas alcoólicas, cigarros e outras drogas.

205. Criar legislação específica destinada a proibir a veiculação de propagandas que incentivem o uso das drogas lícitas.

II. RECURSOS HUMANOS

A construção e consolidação de uma política de saúde mental coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, integrada nos planos municipal, estadual e federal, e que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar, possibilitando o exercício ético da profissão. Para isso, ela deve garantir: a capacitação e qualificação continuadas, através da criação de fóruns e dispositivos permanentes de construção teórica, científica, prática terapêutica e de intercâmbio entre serviços; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão, contemplando os momentos de planejamento, implantação e avaliação, e a transformação dos processos de trabalho visando a superação das formas verticalizadas de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles.

Esta política de recursos humanos deve realizar contratações exclusivamente através de concursos públicos, porém em determinadas situações de emergência poderão ocorrer outras formas de contratação, através da CLT, mas assegurando-se sempre a seleção pública.

Do ponto de vista tecnológico e educativo, deve haver um investimento significativo na implementação das novas tecnologias de educação, informação e comunicação para os trabalhadores de saúde mental.

Além disso, uma política de recursos humanos deve visar implantar, em todos os níveis, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional no campo da Saúde Mental, na perspectiva do rompimento dos "especialismos" e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado, garantindo que todo usuário dos serviços de saúde seja atendido por profissionais com uma visão integral e não fragmentada da saúde. Além disso, se requer o envolvimento de profissionais e trabalhadores não apenas deste campo, mas também de outros setores e programas sociais importantes no processo de cuidado em saúde mental ou na abordagem do portador de transtorno mental na comunidade, efetuando a composição da equipe de acordo com a demanda gerada no território, respeitando as possibilidades e necessidades de cada município e valorizando a experiência dos familiares e usuários.

Nesta mesma direção, a política de recursos humanos deve estimular a dissolução do "manicômio mental" implícito no saber científico convencional, que discrimina o saber popular, por meio da maior valorização da experiência de familiares e usuários, garantindo desta forma a integração e o diálogo com os saberes populares.

Além destas propostas mais gerais, também foram aprovadas propostas para temas específicos, indicadas a seguir:

1. Política de contratação de recursos humanos

A implantação efetiva da Reforma Psiquiátrica requer suprir as carências de recursos humanos em todos os níveis de complexidade da assistência em saúde mental. O planejamento e a criação dessas equipes de saúde mental nos serviços municipais de

saúde deve levar em conta critérios clínicos, epidemiológicos e demográficos, incentivando-se a interiorização de profissionais de saúde mental.

No processo de contratação no setor público, deve-se obedecer à NOB-RH aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, não se permitindo, assim, a terceirização da saúde.

A contratação de profissionais deve ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em casos de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. O contrato administrativo poderá realizar-se excepcionalmente sob aprovação do Conselho Municipal de Saúde, desde que se respeitem as definições de situações emergenciais definidas pela Lei Orgânica dos Municípios.

Os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Além disso, é necessário considerar, quando da captação de recursos humanos, o perfil para se trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental, não devendo isso significar nenhuma disposição de aceitar condições de trabalho indignas e precárias, bem como aviltamento em sua remuneração.

Foram também elencadas várias outras propostas, como indicado abaixo.

206. Rever a lei de responsabilidade fiscal, que limita os gastos com recursos humanos, garantindo a maior flexibilidade do gestor frente às necessidades de implantação e implementação das ações de saúde, preservando-se a transparência dos gastos dos recursos públicos.

207. Publicação e efetivação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Ministério da Saúde para que esta seja instrumento de regularização da política de recursos humanos em saúde mental, instalando a Mesa de Negociações do Sistema Único de Saúde nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal).

208. Garantir a isonomia salarial e a equiparação de carga horária, com revisão de cargos e salários, para todas as categorias profissionais, visando corrigir as distorções atuais nas esferas municipal, estadual e federal.

209. Regulamentar e garantir a jornada de trinta ou vinte horas semanais, de acordo com as funções exercidas, mantendo o piso salarial existente e sem prejuízo financeiro, para os trabalhadores da saúde.

210. Garantir a reposição de vagas em equipes de profissionais de saúde mental, quando houver demissões, transferências, aposentadorias, licenças e falecimentos.

211. Incluir matéria sobre o SUS nos programas para concursos públicos, bem como sobre o ideário da Reforma Psiquiátrica e os paradigmas da atenção psicossocial.

212. No processo de contratação de profissionais, deve se colocar como parte do concurso público a entrevista seletiva, com o estabelecimento de critérios compatíveis com o projeto de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica.

213. Criar um programa de estímulo à interiorização dos profissionais de saúde mental (a exemplo do Programa de Interiorização da Saúde, criar um "PIS Saúde Mental"), com remuneração adequada, apoio à moradia, etc.

214. Assegurar que todo município tenha, no mínimo, um profissional como referência em saúde mental.

215. Rever os parâmetros de recursos humanos propostos na Portaria/SNAS n.º 224/92 em uma perspectiva de ampliação,

como forma de contemplar a complexidade das ações de desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional, bem como de possibilitar que médico clínico ou outro médico, capacitados em saúde mental, possam compor a equipe do serviço substitutivo em saúde mental.

216. Informatização dos sistemas, reavaliação e requalificação dos trabalhadores de saúde mental no prazo de dois anos.

217. Incluir a categoria profissional de musicoterapeuta, profissão em processo de regulamentação no Congresso Nacional (Projeto de Lei n.º 0441 – 2001), no quadro funcional das equipes de saúde mental.

218. Realização de seleção para os estagiários com critérios e metodologia transparentes.

2. Coordenação e gestão das equipes de saúde mental

A implementação efetiva dos princípios da Reforma Psiquiátrica requer um processo de co-gestão interdisciplinar e colegiada nas coordenações, equipes e serviços de saúde mental, por meio de eleição dos gestores, da participação diária no planejamento, execução e avaliação dos serviços, que também inclua os usuários e familiares.

Também foram aprovadas as seguintes propostas específicas:

219. Garantir que a escolha do coordenador de saúde mental efetuada pelo gestor observe os seguintes requisitos: **a)** que não tenha vínculos com prestadores e/ou empresários de saúde da iniciativa privada; **b)** que esteja identificado com a política nacional de saúde mental; **c)** que sua atuação seja democrática, articulando a participação de gestores, trabalhadores, usuários e

familiares na efetivação e consolidação da política de saúde mental do município.

220. Criar Núcleo de Referência Estadual em Saúde Mental, com participação dos trabalhadores, usuários e familiares, voltado para estudos, ensino, pesquisa e tratamento dos transtornos mentais, além de capacitação dos profissionais dos diversos setores e níveis de atuação.

221. Que as coordenações de saúde mental sejam constituídas por equipes que cumpram efetivamente as ações de supervisão, assessoria e acompanhamento contínuo dos serviços de saúde mental.

222. Garantir aos profissionais carga horária destinada à participação em atividades de planejamento e organização do serviço, bem como espaço nas reuniões clínicas, estudos de casos e supervisões.

223. Garantir a participação de todas as categorias profissionais envolvidas no trabalho interdisciplinar de saúde, quando do provimento do cargo de direção das unidades de saúde.

3. Política de formação, pesquisa e capacitação de recursos humanos em saúde mental no SUS

O avanço do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil requer ampliar as instâncias de capacitação dos diferentes agentes do cuidado no campo da Saúde Mental, para além das universidades, e exigir, nas três esferas de governo, que os Centros de Formação de RH estabeleçam as bases para criar imediatamente programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em saúde mental para o SUS, por meio de capacitação/educação continuada, monitoramento dos trabalhadores e atores envolvidos no

processo da Reforma, que promovam qualificação, atualização, cursos de pós-graduação, estágios, residências, integração docente-assistencial, educação continuada e descentralizada, supervisão clínica e institucional permanente, para os gestores, equipes de PSF, do PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental, agentes de saúde mental voluntários, cuidadores de saúde mental, trabalhadores dos programas específicos (transtornos mentais severos, criança e adolescente, deficiente mental, álcool e drogas e emergência), professores da rede estadual e municipal, integrantes de instâncias de controle social, usuários e familiares e profissionais de outras políticas públicas como assistência social e segurança pública, atendendo aos aspectos assistenciais e terapêuticos, intersetoriais, dentro das diretrizes políticas do respectivo projeto de cada prefeitura municipal, em consonância com a Reforma Psiquiátrica e conforme o artigo 1.° da Lei n.º 10.216/01. Nesse processo, enfatizou-se também a importância da integração entre assistência, ensino e pesquisa, pela qual todos os serviços da rede substitutiva sejam voltados para o ensino e a pesquisa das práticas inovadoras criadas pelo novo modelo assistencial.

Essa política de formação e capacitação deve criar espaços de troca baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa, construídos através de intercâmbio entre municípios, coordenadorias regionais e estados, e entre serviços e instituições formadoras, voltados para profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, considerando a competência técnica e política desejada. Neste processo, torna-se fundamental incluir usuários e familiares voluntários nas oficinas de capacitação em Saúde Mental, como parte da equipe de instrutores.

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

3.1. Capacitação e pesquisa

224. Implantar a NOB - Recursos Humanos, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial.

225. Promover a requalificação do profissional da saúde mental, para melhor desempenho de suas funções nos serviços substitutivos aos manicômios, de modo que o amordaçamento químico que costuma caracterizar as práticas psiquiátricas seja substituído por uma efetiva humanização da relação médico paciente.

226. Garantir que haja profissionais da área de Saúde Mental nas coordenadorias regionais de saúde à disposição para oferecer capacitação e treinamento aos municípios que necessitarem, bem como apoio para implantação e implementação das políticas na área de Saúde Mental.

227. Normatizar a criação de grupos de estudos e discussões clinicas dentro dos serviços de saúde mental, com garantia de acesso dos profissionais de saúde.

228. Que os serviços substitutivos tenham uma unidade de referência em pesquisa, ou comissões de ensino e pesquisa, no sentido de viabilizar a produção de conhecimento científico, no próprio serviço, sobre as novas práticas de saúde mental, em parceria com instituições formadoras.

229. Garantir, por meio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, junto às Secretarias, diretorias regionais e gestores locais, que os serviços substitutivos de saúde mental tenham supervisão clínica e institucional regular, com discussões permanentes dos projetos terapêuticos dos usuários.

230. Garantir supervisão local dos estágios realizados nos serviços de saúde mental.

231. Exigir que estados e municípios promovam capacitação em saúde mental para os gestores de saúde, especialmente em recursos humanos e ações de financiamento, a fim de que possam desenvolver um planejamento integrado com a esfera federal.

232. Reforçar a Moção n.º 50, aprovada na 11ª Conferência Nacional de Saúde, que propõe capacitação de peritos responsáveis por perícias médicas para portadores de transtornos mentais.

233. Democratizar o processo de pesquisa e realizar levantamentos, em nível nacional, de experiências exitosas em saúde mental no campo comunitário e ambulatorial,que possam fazer parte de um leque de locais a serem referências para visitações e troca de experiências.

234. Estimular a articulação entre entidades de financiamento à pesquisa (CAPES, CNPq, etc), entidades formadoras e o Ministério da Saúde para um fomento à pesquisa e priorização de temas da assistência em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica.

3.2. Capacitação para o cuidado de clientelas específicas em saúde mental

235. Garantir recursos humanos e a formação profissional respectiva para a implantação de uma política de atenção à criança e ao adolescente adequadamente definida, em consonância com o estatuto da criança e do adolescente (Lei n.º 8.069/90), com a criação de núcleos de assessoria técnica que possam desenvolver ações de supervisão aos profissionais da rede que atendam crianças e adolescentes portadores de transtornos psíquicos, bem como a inclusão de questões referentes a este campo nos programas de formação de psiquiatras.

236. Capacitar os profissionais envolvidos na atenção a crianças e adolescentes em situação de rua e demais grupos socialmente vulneráveis, respeitando os princípios da política de saúde mental e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

237. Garantir que os Secretários de Saúde articulem junto aos estados e municípios a capacitação de profissionais de saúde da rede básica e da saúde mental para a assistência do usuário de álcool e de outras drogas, de forma integrada, capacitando-os nas comunidades, empresas, pastoral da criança, grupos de adolescentes, de idosos, entre outros.

238. Promover cursos de educação continuada e formação de multiplicadores sobre as questões da AIDS e DST, assim como de dependência de drogas, no que se refere aos aspectos preventivos e assistenciais.

3.3. Capacitação em saúde mental para a rede básica de saúde (PACS e PSF)

239. Integração do programa municipal de saúde mental com o PACS/PCF, garantindo o papel da equipe multidisciplinar de saúde mental na condição de assessoria, capacitação, consultoria, atendimento e supervisão das equipes dos referidos programas. Quando não houver competência das equipes do PACS/PCF, os casos deverão ser referenciados para serviços mais complexos.

240. Normatizar e realizar programas de capacitação em saúde mental para todas as equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), em parceria das universidades com os órgãos do SUS, de forma a garantir o desenvolvimento de uma prática de saúde com integralidade e a incorporação destas equipes à rede de saúde

mental. Esta capacitação deverá contemplar tanto aspectos técnicos (relativos à promoção da saúde, assistência e reabilitação social), e relativos à humanização das práticas, quanto aqueles relacionados à mudança de concepção da comunidade acerca do sofrimento psíquico.

241. Capacitar os médicos generalistas que atuam na atenção básica, por meio de protocolos assistenciais, para o uso de medicamentos essenciais nas patologias de maior prevalência.

3.4. Capacitação em saúde mental para outros serviços e programas de saúde

242. Garantir formação e/ou capacitação para médicos generalistas, em saúde mental, por meio de estudo epidemiológico e planejamento bem estruturado, através de projeto piloto em uma determinada localidade, visando ser difundido gradativamente para outras regiões.

243. Garantir a todos os serviços de assistência pré-hospitalar de urgência/emergências pública e privadas (socorro/ambulâncias) que tenham capacitação para atendimento a portadores de transtornos mentais e que sejam efetivados os preceitos de SAMU em todos os municípios.

244. Promover a formação continuada de todos os profissionais que trabalham em hospital geral para lidar com os problemas de saúde mental, assim como aqueles decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, sem utilizar o recurso à internação.

245. Criar residências multiprofissionais em todas as áreas, no quadro do SUS, para formação de profissionais que atendam desde a criança ao idoso.

4. Capacitação através de parcerias com instituições formadoras e outras instituições

A reorientação do modelo de atenção à saúde mental, neste campo, implica ampliar o debate acerca da Reforma Psiquiátrica para toda a sociedade, para os movimentos sociais em geral e para os Conselhos de Saúde, e, particularmente, promover a aproximação, interação e cooperação com os conselhos profissionais, universidades, escolas técnicas e escolas afins de saúde pública, bem como com os centros acadêmicos, comprometendo-os na direção da revisão de seus *curricula* e promovendo uma capacitação interdisciplinar, multiprofissional e generalista dos docentes e discentes acerca do campo da Saúde Pública e Saúde Mental, garantindo também uma prática profissional através da extensão universitária, especialização, residência e estágio para todos os profissionais da área de Saúde Mental. Quanto aos últimos, requer-se particularmente estimular e/ou facilitar os estágios acadêmicos ou voluntários, para que os universitários tenham sua formação e campo de atuação ampliados, possibilitando, também, a vivência interdisciplinar desde sua formação acadêmica.

As políticas de saúde mental devem promover ainda a ampliação das equipes multiprofissionais, com a inclusão e capacitação de profissionais dos campos de cultura, educação, habitação, trabalho e lazer, viabilizando o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais que busquem a melhoria da qualidade de vida, inclusão social e cidadania da população em geral e em particular da clientela dos serviços de saúde mental.

Finalmente, a perspectiva da saúde mental envolve também uma ação intersetorial, requerendo a criação de espaços de

capacitação em saúde mental coletiva para os profissionais e trabalhadores ligados à segurança pública e cuidados emergenciais nas ruas, particularmente aqueles envolvidos com a abordagem de usuários de saúde mental, a fim de avançar na abordagem da cidadania e construir uma cultura de paz e direitos humanos.

Além destas propostas mais amplas, foram também aprovadas várias outras, que estão indicadas a seguir:

246. Estabelecer convênios entre o Governo Federal, Estaduais e Universidades para treinamento, fóruns de capacitação e cursos de especialização na área de Saúde Pública e Saúde Mental, garantindo o aprimoramento, reciclagem, educação continuada, supervisão técnica e institucional permanente aos trabalhadores de saúde mental.

247. Formalizar e ampliar as parcerias com as instituições formadoras (instituições de ensino e outras), mediante contrato elaborado por comissão paritária (prefeituras municipais e instituições formadoras) que regulamente os estágios curriculares e extracurriculares prevendo a realização de projetos de pesquisa e extensão, internato rural, especialização, residência, para todos os profissionais de áreas afins, a partir do eixo preconizado pela Reforma Psiquiátrica, possibilitando intervenções no campo da saúde, cultura, lazer etc. Que o Ministério da Saúde apóie a implementação pela CINAEM de reforma dos *curricula* do ensino médio do País.

248. Criar e legalizar (legislação federal), pelo Ministério da Educação, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, constituindo, a partir do órgão público competente, um grupo de trabalho para esse fim.

249. Promover a articulação com as instituições de ensino superior visando atrair estagiários de educação física, artes, música, terapia ocupacional e outras formações afins para atuação nos serviços substitutivos.

250. Estabelecer parcerias com as faculdades de Pedagogia e Educação, para a inclusão nas grades curriculares de temas referentes à Reforma Psiquiátrica e inserção dos estagiários dessas instituições nos serviços substitutivos, visando uma maior conscientização da população.

251. Incentivar o envolvimento dos Conselhos Profissionais de forma mais ativa junto a instituições formadoras, inclusive com aproximação junto aos CAs dos estudantes, futuros profissionais daquela categoria.

252. Fazer cumprir as leis orgânicas da saúde que destinam recursos financeiros à qualificação dos conselheiros, incluindo mais recursos na previsão orçamentária do Fundo Municipal de Saúde.

253. Realização de encontros periódicos em saúde mental, com a finalidade de sensibilizar e envolver toda a sociedade, custeados pelas respectivas Secretarias de Saúde.

4.1. Iniciativas de capacitação

254. Garantir a inclusão da disciplina de Saúde Mental, nos moldes da Reforma Psiquiátrica, na grade curricular dos estabelecimentos de ensino superior.

255. Promover mudanças nos *curricula* dos cursos universitários de forma a adequá-los aos novos perfis epidemiológicos e às novas formas de expressão do sofrimento psíquico presentes na sociedade brasileira atual, em sintonia com a Reforma Psiquiátrica e a reorientação do modelo assistencial, sugerindo que as Universidades acolham as experiências desenvolvidas nos serviços e que essas parcerias também possam contribuir para a reformulação curricular.

256. Estimular a introdução de conteúdos da saúde mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, na formação de médicos, enfermeiros e demais profissionais.

257. Garantir que os cursos profissionalizantes possam contemplar disciplinas de saúde mental em seus *curricula*, com ênfase nos cuidados com a saúde pública, saúde mental coletiva, educação social e atenção ao portador de necessidades especiais.

258. Estimular, ampliar e garantir os aparelhos de formação de pessoal em saúde mental. Essa formação deverá ser de caráter interdisciplinar e multiprofissional e não apenas em saúde mental, no sentido estrito, mas em disciplinas que vão do campo específico às de Políticas Públicas de Saúde (Educação Social, Saúde Coletiva, Saúde Pública, Planejamento, Epidemiologia, bases históricas e princípios do SUS), e atenção ao portador de necessidades especiais, assim como uma base de formação prática nos serviços substitutivos e nas práticas territoriais/comunitárias de atenção psicossocial.

259. Incentivo às Universidades para que formem profissionais dentro das necessidades do setor de Saúde Pública, privilegiando a formação generalista, inserindo nos *curricula* dos profissionais de saúde e afins a disciplina de Saúde Mental, que aborde a Reforma Psiquiátrica com base na ética e na cidadania, estendendo-a também às escolas técnicas, conselhos e à sociedade como um todo.

4.2. Iniciativas e ações intersetoriais de capacitação

260. Propiciar aos trabalhadores do País informações e compreensão da legislação em saúde mental e Sistema Único de Saúde.

261. Capacitação do pessoal envolvido com a abordagem, manejo e transporte dos portadores de sofrimento psíquicos aos serviços de pronto atendimento, com foco para as corporações de bombeiros, militares, polícia militar, polícia civil, defesa civil e demais profissionais responsáveis pelo transporte e condução.

262. Criar mecanismos de intercâmbio com universidades, para atenção à saúde mental dos trabalhadores do sistema penitenciário, através de supervisão institucional e para reflexão sobre a política de atendimento à população carcerária, prevenindo a ocorrência de violência e agressões.

263. Promoção de parcerias entre Secretarias da Saúde nas três esferas com ONGs, associações e outras instituições filantrópicas que lidem com Saúde Penitenciária e tratamentos para dependências químicas, visando à capacitação de seus profissionais.

264. Envolver e capacitar a sociedade civil que desenvolve ações em saúde mental, como as pessoas que atuam nas pastorais da saúde, da criança, carcerária, pastoral da sobriedade e outras.

265. Garantir a capacitação dos professores de ensino fundamental, médio e superior, para que compreendam a necessidade de que crianças e adolescentes com necessidades especiais estejam inseridos no sistema educacional.

5. Saúde Mental do Trabalhador

266. Desenvolver estratégias específicas para acompanhar e tratar da saúde mental dos trabalhadores da saúde.

267. Criar programas de saúde mental no âmbito da administração municipal para os funcionários e servidores portadores de sofrimento psíquico e/ou dependência de álcool e drogas.

268. Regulamentar o pagamento do adicional de insalubridade para os profissionais da saúde, conforme a legislação vigente.

III. FINANCIAMENTO

Princípios e Diretrizes

A implementação efetiva da Reforma Psiquiátrica requer a reafirmação dos princípios de integralidade, descentralização e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).

A lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem *acompanhar o usuário* nos diferentes espaços de reprodução social e ser viabilizadores de processos emancipatórios. Assim, os recursos devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental, em especial a rede de serviços e a capacitação de recursos humanos. Foi reafirmada a necessidade de ampliação de recursos para saúde e saúde mental, propondo-se novas fontes de financiamento e enfatizando o redirecionamento das verbas destinadas aos hospitais psiquiátricos para os serviços substitutivos. O município é identificado como o lugar privilegiado para sediar a rede de serviços substitutivos.

A política de saúde mental requer assim o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, para a construção de uma rede integral de atenção à saúde mental substitutiva aos hospitais psiquiátricos, pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS, que respeite a realidade de cada município, e que inclua ações de promoção, prevenção e assistência à saúde no campo da:

- atenção básica;
- atenção diária (CAPS, NAPS, hospitais-dia, hospitais-noite etc.);
- moradia (lares abrigados, serviços residenciais terapêuticos);
- atenção à dependência química;

- atenção à infância e à adolescência;
- atenção aos deficientes mentais;
- atenção à mulher;
- atenção ao indígena;
- atenção ao idoso;
- atenção à saúde mental nos hospitais gerais;
- emergência psiquiátrica;
- serviços de interconsultas;
- convivência e geração de renda (centros de convivência, oficinas terapêuticas, cooperativas de trabalho).

Além destas propostas mais amplas, também foram aprovadas várias outras, que serão agrupadas abaixo, em temas específicos.

1. Diretrizes para a orientação dos mecanismos de financiamento

269. Garantir que o Ministério da Saúde, em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde, elabore um plano nacional, com metas e cronograma, para o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos públicos e privados, com a realocação dos recursos financeiros a eles destinados para a rede de serviços substitutivos e outras estratégias e dispositivos aprovados nesta Conferência para a reorientação do modelo de atenção. Ao mesmo tempo, deve ser garantido que, no processo de desospitalização, fique assegurada plena assistência aos usuários, devendo a realocação ser iniciada pela assistência aos usuários submetidos à internação de longa permanência.

270. Garantir a imediata inversão de prioridades no financiamento da política de saúde mental, na proporcionalidade de 80% para a rede substitutiva e 20% para o sistema hospitalar.

271. Garantir que os recursos provenientes do fechamento de leitos psiquiátricos possam ser realocados fundo a fundo nos serviços substitutivos, ficando sob a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais a aplicação destes recursos, com o acompanhamento das Comissões Bipartite e dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

272. Garantir que os serviços programem, tenham dotação orçamentária e gerenciem os recursos financeiros para medicamentos, materiais para atividades das oficinas, transporte, alimentação, publicações, divulgações de serviços e capacitação de profissionais de acordo com os novos modelos e supervisões técnicas.

273. Garantir recursos financeiros federais, estaduais e municipais suficientes para criar, efetivar e qualificar ações e serviços em saúde mental para cada município estruturar seu serviço de atenção integral à Saúde Mental, inclusive para a assistência farmacêutica para a sustentação da rede.

274. Garantir a continuidade das experiências bem sucedidas nos municípios no campo da Saúde Mental, viabilizando os investimentos necessários com recursos humanos e financeiros.

275. Promover incentivos e definir percentual mínimo para o desenvolvimento de ações de saúde mental, nos orçamentos anuais e plurianuais das três esferas de governo, de acordo com o perfil epidemiológico e a população, com garantia de autonomia nos investimentos e financiamentos, sob aprovação e controle dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

276. Garantir novos investimentos das esferas federal, estadual e municipal na criação, ampliação, reforma e manutenção da rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos: NAPS/CAPS, centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos e rede básica.

277. Garantir na dotação orçamentária (municipal, estadual e nacional), a realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental (com suas etapas municipal e estadual), a serem realizadas de quatro em quatro anos.

1.1. Estratégias para regulamentação, alteração e cumprimento da legislação e normas de financiamento

278. Exigir, nas três esferas de governo, o cumprimento da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e sua complementação, Lei n.º 8.142/90 e da PEC n.º 29/2000, garantindo a destinação de recursos ao Fundo de Saúde e a transparência na aplicação.

279. Garantir que o financiamento da saúde e da saúde mental ocorra mediante repasse aos fundos municipais de saúde, respeitando o programa de investimentos previsto nos Planos Municipais de Saúde Mental.

280. Propor que os estados promovam a municipalização solidária e forneçam incentivos financeiros para serviços e ações de saúde mental e assistência farmacêutica independente do número de habitantes, de acordo com planos municipais de saúde aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde.

281. Garantir que não haja retrocesso nos percentuais já aplicados em saúde quando excederem o previsto na PEC n.º 29/2000, ficando a critério dos Conselhos de Saúde a definição da sua atualização de acordo com as necessidades da população.

282. Garantir a efetividade da contrapartida estadual e municipal, de acordo com a NOAS/2001, referente à implementação de serviços de assistência em saúde mental.

283. Destinar recursos para implantação de uma Central de Regulação, composta por equipe multidisciplinar, que estabeleça

protocolo único para as urgências e emergências em saúde mental e para a criação de uma central de vagas regionalizada, que estabeleça mecanismos claros de referência e contra-referência e garanta o acesso e informação sobre internações e altas para os serviços referenciados.

284. Revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal no que tange ao percentual máximo de gastos com pessoal no serviço público, visando permitir a contratação de recursos humanos necessários na área da saúde.

285. Garantir o financiamento público da seguridade social, elemento fundamental para viabilizar a efetiva reinserção social dos usuários de saúde mental.

286. Conhecer e participar da luta pela Reforma Tributária e buscar garantir recursos para a saúde.

1. 2. Critérios para orientar a gestão e repasse de recursos financeiros

287. Exigir que o Ministério da Saúde identifique e realoque os recursos decorrentes do fechamento de leitos hospitalares psiquiátricos nos últimos sete anos para o financiamento da rede substitutiva de atenção em saúde mental, dividindo-os *pro rata* entre todos os municípios, com controle social e dotação específica.

288. Estabelecer metas para a redução de leitos hospitalares psiquiátricos, com aplicação de multa ao gestor em caso de descumprimento. Os recursos oriundos das multas deverão ser aplicados na construção de serviços substitutivos, com a garantia de controle social no planejamento.

289. Desenvolver um plano de transferências das AIHs dos hospitais públicos e privados para os serviços substitutivos, contemplando a fiscalização e a implementação desta política pelos

órgãos competentes, por meio de auditorias semestrais realizadas em conjunto com os Conselhos de Saúde, ONGs e entidades da sociedade civil, para averiguação da aplicação correta dos recursos do SUS e da qualidade dos serviços prestados.

290. Exigir que o Ministério da Saúde crie dispositivo legal para garantir que o recurso das AIHs dos leitos desativados passe automaticamente do SIH para o SIA, para implantação dos serviços substitutivos com realocação integral, sem prejuízo da base orçamentária do setor.

291. Encaminhar à Comissão Intergestora Tripartite (CIT), a aprovação do remanejamento dos recursos dos tetos financeiros de internação em hospitais psiquiátricos para custear a implantação e funcionamento de CAPS, oficinas terapêuticas e ambulatórios, definidos pela Portaria/SNAS n.º 224/92, e que cada estado apresente um plano próprio para realocação destes recursos.

292. Garantir a alocação dos recursos das AIHs psiquiátricas para os municípios que recebam os usuários de alta, para investimento nos equipamentos de saúde mental (moradias, NAPS/CAPS, centros de convivência, bolsas de desospitalização), ampliando a abrangência da Portaria/GM n.º 106/00, e que esta discussão seja pactuada nas Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs) regional e estadual com acompanhamento e fiscalização dos respectivos conselhos de saúde.

293. Financiar os serviços substitutivos dos estados e municípios que não possuem recursos de AIH para a saúde mental, mediante recursos provenientes de um Fundo de Saúde Mental.

294. Extinguir a forma de financiamento de AIHs de longa permanência e garantir que os recursos daí provenientes sejam investidos exclusivamente na área de Saúde Mental.

295. Reavaliar o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), propondo mudanças que façam com que a AIH 1 tenha

redução de permanência para dez dias, e que os pedidos de renovação sejam avaliados por equipe multiprofissional.

296. Exigir que o valor das AIHs de curta permanência seja maior que o valor da AIH de longa permanência.

297. Garantir que, em caso de óbito de usuário morador de hospital psiquiátrico, o leito seja descredenciado e que a AIH seja realocada para o financiamento da rede substitutiva.

298. Transferir no mínimo R$ 100.000.000,00 (cem milhões de reais) por ano do financiamento das AIHs para os serviços substitutivos.

299. Garantir a aplicação dos recursos provenientes dos procedimentos SIA/SUS na própria unidade ambulatorial que executa os procedimentos.

300. Condicionar o recebimento dos novos pedidos de inclusão nos recursos do FIDEPS aos hospitais universitários que implantarem CAPS, NAPS ou hospitais-dia. Estabelecer o prazo de três anos, para que os hospitais que já são beneficiários desses recursos possam adaptar-se às novas regras.

301. Proibir novos convênios ou a contratação de serviços de saúde mental com o setor privado.

302. 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, Estaduais e Municipais de Saúde.

303. Criar mecanismos que desburocratizem e facilitem a aprovação e liberação de recursos financeiros para a política de saúde mental.

304. Tornar factíveis e menos burocratizados os procedimentos de credenciamento das residências terapêuticas, viabilizando a liberação das verbas previstas nas Portarias GM n.º 106/00 e SAS n.º 1220/00.

305. Definir instrumentos para avaliar a implantação dos novos recursos de atenção à saúde mental atrelados à condição de gestão plena do sistema, para garantir a regularidade dos repasses.

306. Reavaliar o financiamento dos procedimentos de todas as categorias profissionais, constantes na Portaria GM n.º 1.230/99.

307. Garantir recursos financeiros para programas de saúde mental nos municípios com menos de 60.000 mil habitantes.

2. Criação de novas formas de financiamento e indicação de fontes complementares

308. Elaborar e viabilizar projetos, por intermédio de financiamento do Ministério da Saúde e do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), para implementar e custear novos dispositivos na área de saúde mental, tais como: NAPS, CAPS, ações de saúde mental na rede básica; criação de cooperativas sociais, capacitação de recursos humanos para o PSF e PACS, a partir de janeiro de 2002.

309. Criar incentivo ao financiamento das ações de saúde mental, semelhante ao programa de Humanização do Parto, com recursos do Fundo de Ação Estratégica e Compensação (FAEC), no intuito de "premiar a resolutividade" dos projetos que propiciem estilos de vidas saudáveis e qualidade de vida aos acometidos por transtornos mentais, que desenvolvam parcerias com instituições de ensino públicas, ONGs e sociedade civil.

310. Exigir que o Ministério da Saúde defina as ações de saúde mental como "ações assistenciais estratégicas", definindo recursos próprios extra-teto, para todos os municípios e não apenas àqueles em regime de Gestão Plena do SUS.

311. Viabilizar linhas de financiamento do Estado (Secretaria Estadual de Saúde) e Ministério da Saúde para formação de equipes mínimas de saúde mental nos municípios de pequeno porte, independentemente da produtividade dos programas, sendo que parte deste financiamento deve ser oriunda do repasse e realocação de verbas das internações psiquiátricas procedentes desses municípios.

312. Criar um dispositivo de cobrança das seguradoras e planos de saúde pelo atendimento prestado em saúde mental, garantindo o ressarcimento para financiar as ações de saúde desenvolvidas pelo SUS.

313. Alterar a Lei n.º 9.656/98 (seguro saúde), incluindo diferentes intervenções em saúde mental que respondam às necessidades dos clientes.

314. Assegurar que a CPMF seja repassada integralmente para a saúde.

315. Repassar um percentual de 3% a 5% da arrecadação líquida das loterias para aplicação em projetos e/ou ações de saúde mental.

316. Abater no imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas o valor investido em projetos de saúde mental.

317. Criar taxa específica para a venda de bebidas alcóolicas, cujo recolhimento se destine a um fundo municipal específico para financiar ações terapêuticas relativas ao uso abusivo do álcool.

318. Elevar a tributação sobre bebidas alcóolicas e cigarros.

319. Encaminhar projeto de lei que permita reverter um percentual a ser definido de ICMS arrecadado com bebidas alcóolicas e cigarros para que os municípios desenvolvam política de saúde mental. (Houve a proposta de 50% do ICMS sobre os referidos produtos).

320. Que o Conselho Nacional de Saúde faça gestões junto à Frente Parlamentar de Saúde para a aprovação de emenda constitucional permitindo que o IPI arrecadado na comercialização de bebidas alcoólicas e tabaco seja devolvido aos estados e municípios para programas de prevenção e assistência a pessoas com problemas de álcool e outras drogas e seus familiares.

321. Encaminhar projeto de lei que permita destinar 30% do IPI das indústrias farmacêuticas para os programas de saúde mental.

322. Destinar aos fundos municipais de saúde recursos provenientes das multas impostas pela Vigilância Sanitária (municipais, estaduais e federal) e dos bens móveis e imóveis provenientes das ações de repressão ao tráfico de droga, para a aplicação em projetos da área de saúde mental, financiamento de ações de prevenção e tratamento dos usuários de drogas. Houve indicação da taxa de 5% da arrecadação das Vigilâncias Sanitárias.

323. Garantir que 20% dos recursos oriundos dos *royalties* do petróleo e seus derivados, existentes em alguns estados, sejam destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde mental.

324. Buscar fontes complementares de recursos para o financiamento de ações em saúde mental, serviços residenciais, centros de convivência, cooperativas de usuários, mediante o estabelecimento de convênios e projetos de cooperação, nacionais e internacionais, promoção de eventos culturais e outras iniciativas.

3. Financiamento das ações de saúde mental na Atenção Básica

Uma política de saúde mental baseada no princípio da integralidade requer a garantia de financiamento para as ações básicas de saúde mental desenvolvidas em Unidades Básicas de

Saúde (UBS), Programa de Saúde de Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com garantia de contratação de recursos humanos, com financiamento pelo Piso de Atenção Básica.

325. Financiar ações de saúde mental desenvolvidas em unidades básicas de saúde, PSF, PACS e viabilizar recursos financeiros para a contratação de profissionais de saúde mental.

326. Garantir o financiamento de ações substitutivas no campo da Saúde Mental, com especial ênfase às ações no âmbito da atenção básica, incluídas e incentivadas no PAB, tanto na parte fixa como na variável.

327. Incluir a atenção básica em saúde mental como ação prioritária e critério para cadastramento dos municípios no PAB ampliado, com garantia de financiamento pelo Ministério da Saúde.

328. Exigir que o Ministério da Saúde crie incentivo mensal para equipes do Programa de Saúde da Família - como acontece na saúde bucal do PSF - para os municípios que desenvolvem programas de saúde mental. Esse repasse será realizado sem prejuízo dos outros recursos federais destinados à saúde mental.

329. Reajustar a tabela PAB (Piso de Atenção Básica), revendo os valores defasados destinados para os municípios.

4. Financiamento dos serviços substitutivos

A consolidação efetiva da Reforma Psiquiátrica requer prioridade ao financiamento da rede de serviços substitutivos, com destinação de recursos das três esferas do governo e implementação de procedimentos ágeis para credenciamento, implantação, implementação e manutenção dos serviços.

Com estes objetivos, foram aprovadas também as seguintes propostas:

330. Garantir uma política de investimentos e custeio que reconheça a resolutividade da rede de serviços de saúde mental substitutivos, respeite o perfil das necessidades e especificidades epidemiológicas, populacionais e sociais locais, e seja comprometida com a diminuição das desigualdades regionais de acolhimento e acesso a serviços, com prioridade para a Amazônia.

331. Adotar mecanismos ágeis e desburocratizados para o estabelecimento de convênios com o SUS para implantação, implementação e credenciamento de serviços substitutivos, tais como NAPS, CAPS, atenção contínua 24 horas, serviços residenciais terapêuticos, oficinas, centros de convivência, exclusivamente públicos, buscando garantir: transferência de recursos de capital do Ministério da Saúde destinados aos investimentos iniciais de implantação e implementação; investimentos extra-teto das três esferas de governo para a manutenção dos serviços; pagamento de diárias ou remuneração por meta, com valor superior ao da AIH hospitalar; regularidade do repasses de recursos, em intervalos de, no máximo, 60 dias e a criação de mecanismos que venham garantir a qualidade e eficácia das suas ações. Também se aprovou a garantia de recursos para serviços substitutivos públicos ou conveniados.

332. Buscar formas de aprimorar os mecanismos de financiamento dos serviços substitutivos, aumentar os valores atualmente propostos pelo SUS para os procedimentos desenvolvidos, superar a forma de remuneração por procedimentos e/ou produtividade, adequando o financiamento ao perfil e diversificação das ações desenvolvidas.

333. Garantir a liberação de verbas para projetos já aprovados de serviços substitutivos.

5. Implementação e regulamentação do financiamento de novas iniciativas, ações e procedimentos em saúde mental

O aprofundamento da Reforma Psiquiátrica requer a implementação de novos mecanismos para viabilizar o financiamento de ações inovadoras visando a ampliação do campo de possibilidades das práticas desenvolvidas pela rede de serviços substitutivos. Tais proposições incluem a ampliação das modalidades de serviços residenciais, a implementação de novas modalidades de assistência domiciliar, o desenvolvimento de formas de apoio financeiro aos usuários, familiares e cuidadores e o financiamento de programas de geração de renda e cooperativas de trabalho.

Também foram aprovadas as seguintes propostas:

334. Implementar o financiamento de novas modalidades de serviços residenciais terapêuticos destinados a pessoas com transtornos mentais severos, em situação de desamparo social e/ou dependência institucional, sem vínculos sócio-familiares.

335. Criar dispositivo de financiamento destinado às ações de atendimento e/ou acompanhamento e/ou internação domiciliar/comunitária aos usuários de todos os programas da rede de atenção em saúde mental, que inclua aquisição e manutenção de veículo utilizado para a realização das visitas e/ou transporte de usuários.

336. Garantir que a União, estados e municípios destinem recursos para a criação de serviços de atenção psicossocial e residenciais para crianças e adolescentes em condição de grave sofrimento psíquico e/ou físico.

337. Destinar recursos e estabelecer normas de financiamento para Centros de Atenção Diária, CAPS, NAPS e residências terapêuticas para usuários adultos, adolescentes e crianças, de substâncias psicoativas.

338. Reapresentar o Plano de Apoio à Desospitalização (PAD).

339. Que os governos federal, estadual e municipal desenvolvam iniciativas visando destinar recursos financeiros ao cuidador (familiar ou membro da comunidade) responsável pela desospitalização de usuário morador em hospital psiquiátrico e responsabilizem o serviço de saúde mental de referência pelo acompanhamento contínuo desse processo.

340. Garantir que as instâncias federal, estadual e municipal aprovem e destinem recursos para a criação de bolsa incentivo aos programas de desinstitucionalização às famílias ou diretamente aos usuários, para promover a reinserção familiar ou a autonomia da pessoa nos serviços residenciais, sob responsabilidade e acompanhamento do serviço territorial de referência e controle dos conselhos de saúde.

341. Garantir que uma porcentagem do valor das AIHs referentes aos leitos psiquiátricos desativados seja destinada à criação de bolsa de auxílio aos familiares ou aos usuários ex-moradores de hospitais psiquiátricos.

342. Garantir que o poder público financie projetos de geração de renda que contemplem o resgate produtivo e a reinserção social da população usuária de álcool e outras drogas.

343. Destinar recursos para incentivar a criação e o fortalecimento de cooperativas de trabalho de usuários dos serviços de saúde mental.

6. Financiamento de ações intersetoriais de suporte social

Uma política de saúde mental sustentada no princípio de integralidade reafirma a importância de mecanismos de financiamento para o desenvolvimento de ações intersetoriais nos campos da saúde, habitação, trabalho, transporte e promoção social, que visem garantir formas de suporte social aos usuários de serviços de saúde mental.

Foram aprovadas também as seguintes propostas:

344. Promover projetos intersetoriais, federais, estaduais e municipais, envolvendo as Secretarias de Saúde e de Habitação, para o financiamento de moradias para portadores de transtornos mentais.

345. Garantir recursos para a realização de cursos profissionalizantes e oficinas de produção, visando a capacitação de pessoas com transtornos mentais para o mercado de trabalho e para participação em projetos de geração de renda, mediante o estabelecimento de parcerias entre o poder público e organizações não-governamentais e/ou associações da sociedade civil.

346. Fornecer incentivo para transporte, visando garantir o acesso ao tratamento de usuários e acompanhantes moradores em centros urbanos ou zonas rurais e distritos adjacentes.

347. Garantir, em todo o País, o livre acesso ao sistema de transporte coletivo intermunicipal aos portadores de transtornos psíquicos e seus respectivos acompanhantes.

348. Criar mecanismos interministeriais (Ministério da Saúde, Trabalho e Assistência Social) para destinar recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para implementar ações

diversificas de capacitação, profissionalização e criação de cooperativas sociais para os usuários de serviços de saúde mental, com fiscalização dos Conselhos Municipais de Saúde.

349. Promover ações integradas entre os vários órgãos governamentais (interministeriais e intersecretariais) para a racionalização dos recursos financeiros, humanos e materiais em saúde mental.

350. Garantir que os governos federal, estaduais e municipais criem projetos específicos de socialização e de resgate da vida produtiva do portador de transtorno mental, assegurando dotação orçamentária para a manutenção dos projetos.

351. Garantir subsídios, nas três esferas de governo, para criação e manutenção de associações de usuários e familiares de saúde mental, estimulando a participação da empresas públicas e privadas na sua manutenção.

352. Garantir que o poder público, por intermédio do financiamento de projetos, incentive o trabalho das ONGs na constituição de redes de solidariedade em todos os municípios, estimulando o atendimento à população em situação de rua e com transtornos mentais, ações de prevenção, assistência e reinserção na sociedade.

353. Garantir que as ONGs para a assistência aos usuários de álcool e outras drogas estejam integradas às políticas sociais e seus projetos sejam financiados pelo poder público e divulgados pela mídia.

354. Garantir a promoção e financiamento pelo SUS de projetos de assistência aos portadores de transtornos mentais, executados por ONGs, que sejam antimanicomiais, inclusivos, integrados à rede, interdisciplinares e eficientes.

7. Financiamento da assistência farmacêutica

A consolidação da Reforma Psiquiátrica torna imprescindível a garantia de recursos financeiros para assegurar medicamentos essenciais e excepcionais em quantidade suficiente para atender à demanda da clientela, oferecendo o melhor tratamento no contexto da política de saúde mental. Para isso, é recolocada a necessidade de aumento dos recursos para a assistência farmacêutica em conformidade com as reais necessidades atuais e com a ampliação da rede de atenção à saúde mental.

As seguintes propostas também foram aprovadas:

355. Assegurar recursos financeiros nas três esferas de governo, para viabilizar a política de medicamentos para saúde mental, com manutenção de estoque permanente e fornecimento, garantindo a prescrição de genéricos, padronização, compra e distribuição adequada, com descentralização da distribuição de medicamentos e assistência farmacêutica.

356. Definir de forma clara e operacional (nos níveis federal, estadual e municipal) os percentuais de financiamento e de responsabilidade para organização da assistência farmacêutica, compra de medicação e distribuição, de forma a garantir o acesso às medicações em geral, na rede de saúde.

357. Cumprir a Portaria n.º 1077 (medicamentos), efetivando a complementação, por parte dos municípios, dos recursos financeiros para aquisição de medicamentos psiquiátricos básicos e propondo que haja aumento do teto orçamentário definido pelo Ministério da Saúde para a Assistência Farmacêutica Básica em saúde mental.

358. Ampliar os recursos federais e garantir a distribuição de psicotrópicos de alto custo, nos serviços da rede pública e encaminhar ao Ministério da Saúde proposta de defesa da quebra de

patentes para a produção de genéricos para distribuição na rede pública.

359. Adequar a política de medicamentos à programação orçamentária e à necessidade de medicamentos baseada no perfil epidemiológico e atualização técnico-científica, e garantia de pleno acesso.

360. Garantir a inclusão e o acesso aos medicamentos excepcionais (atípicos) para os municípios com ações de saúde mental, na programação do Ministério da Saúde.

361. Garantir o planejamento para licitação e compra de medicamentos nos estados e municípios.

362. Assegurar o aumento das verbas destinadas à aquisição de medicação pelo SUS, proporcional à implementação de serviços substitutivos em saúde mental.

8. Financiamento para pesquisa, formação e capacitação de recursos humanos em saúde mental

As exigências colocadas pelo processo de Reforma Psiquiátrica implicam que, no âmbito da Política de Saúde Mental em suas instâncias federal, estadual e municipal, haja destinação de recursos financeiros para o desenvolvimento de programas de treinamento, capacitação, formação continuada e cursos de especialização, além da promoção de pesquisas, visando o aprimoramento de tecnologias e práticas de atenção, promoção e avaliação da qualidade dos serviços.

Com estes objetivos, foram aprovadas também as seguintes propostas:

363. Criar linha de financiamento vinculada à diminuição das internações psiquiátricas, mediante recursos do piso assistencial

básico, porção variável (PAB–variável), para incentivar a capacitação e supervisão das equipes de atenção básica.

364. Garantir que as Secretarias de Estado se responsabilizem pela criação e financiamento de Centros de Capacitação em saúde mental, promovendo supervisão e assessorias regionais com a participação dos municípios.

365. Garantir verbas para capacitação das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) para reconhecerem, acompanharem e encaminharem pessoas com transtorno psíquico, trabalhando ações de prevenção e promoção na área de saúde mental.

366. Destinar recursos para a implementação de parcerias entre Secretarias de Saúde e instituições assistenciais filantrópicas de saúde mental e dependência química, para capacitação de profissionais que atuam nessas instituições.

367. Garantir que sejam destinados recursos para a contratação e capacitação de recursos humanos necessários ao funcionamento da rede de serviços substitutivos, com destaque para a implementação de serviços 24 horas.

368. Investir na fabricação e pesquisa de medicamentos genéricos de saúde mental no Brasil.

369. Financiar pesquisas epidemiológicas em saúde mental.

370. Garantir políticas e recursos financeiros para estimular pesquisas desenvolvidas por trabalhadores de saúde que contribuam para o aprimoramento (planejamento, avaliação e gestão) das práticas substitutivas da rede de saúde mental.

371. Exigir que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde destinem verbas específicas para pesquisa em saúde mental, com participação das universidades, serviços substitutivos e conselhos de saúde, conforme os princípios da bioética.

9. Financiamento dos mecanismos de comunicação e informação e a visibilidade da política de saúde mental

372. Promover ampla divulgação, pela União, estados e municípios, da fração dos respectivos orçamentos destinada ao financiamento da Reforma Psiquiátrica.

373. Exigir a divulgação das datas dos empenhos e do uso efetivo dos recursos orçamentários para a saúde mental nas três esferas do governo.

374. Garantir, nas três esferas de governo, recursos orçamentários para a promoção de debates, fóruns, publicações e campanhas educativas, nos campos da Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, discriminação e preconceito em relação à pessoa com transtornos mentais e uso abusivo de álcool e drogas.

375. Exigir a universalização da informação (principalmente sobre o valor da AIH e sua destinação), comparando cobertura e resolubilidade no hospital psiquiátrico e serviços substitutivos.

376. Garantir recursos financeiros para a publicação periódica de boletim informativo, com ênfase no sofrimento mental e as novas modalidades de atendimento.

IV. ACESSIBILIDADE

Princípios e Diretrizes

A III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma a meta de garantia de eqüidade de acesso a todos os serviços de saúde do SUS aos portadores de transtorno mental, incorporando-a nas agendas de saúde e na programação das ações de saúde.

Reafirma, também, a necessidade de garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, moradia decente com um mínimo de privacidade, transporte, segurança pública, saneamento básico. É fundamental enfatizar a necessidade de transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que se garanta o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia.

Em relação ao acesso às informações, deve-se exigir o cumprimento da legislação específica que garante aos conselhos, promotorias e segmentos organizados de usuários o acesso às informações financeiras e dotação orçamentária, para maior e melhor fiscalização.

Além destas, foram aprovadas também outras propostas para temas específicos indicadas a seguir:

1. Acesso, disponibilidade e mecanismos de divulgação e informação à comunidade

As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem promover campanhas de esclarecimento na mídia a respeito dos direitos e deveres dos cidadãos no controle social do SUS, incluídos a legislação vigente e os projetos que possam beneficiar os usuários de Saúde Mental.

Os mecanismos de divulgação devem ser ampliados nas comunidades urbanas e rurais dos estados, para que as ações de saúde mental sejam entendidas como manutenção do bem-estar físico, mental e social do cidadão, tornando disponível o máximo de informações.

Diversas outras medidas foram aprovadas para dar acesso ao máximo possível de informação sobre a Reforma Psiquiátrica, os direitos dos usuários e a legislação em saúde mental vigente, para a comunidade e os usuários, listadas a seguir:

377. Criar um serviço de informação e comunicação que: **a)** busque e amplie os espaços junto aos meios de comunicação social (rádio, jornais, televisão e outros), para que se garanta a informação e divulgação sobre os serviços e políticas de saúde mental, inclusive a agenda e pauta das reuniões e o papel do Conselho Municipal de Saúde; **b)** elabore uma cartilha contendo informações básicas a respeito do tema Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica: Lei n.º 10.216/01, Portarias de Saúde Mental, direitos e deveres dos usuários, SUS, etc, definindo a responsabilidade dos governos municipais, estaduais e federal para usuários e população em geral.

378. Divulgar as leis, decretos e portarias que regulamentam a assistência em saúde mental junto aos trabalhadores de saúde, usuários e comunidade.

379. Democratizar o acesso à legislação em saúde mental por meio da criação de páginas na internet, cartilhas e outros instrumentos viabilizados pelo órgão gestor, nas três esferas de governo.

380. Divulgar, em nível nacional, informações sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica na imprensa falada, escrita e televisiva.

381. Fornecer informações à comunidade sobre os serviços substitutivos de saúde mental, direitos do portador de sofrimento psíquico e movimentos de usuários, familiares e trabalhadores.

382. Elaborar e distribuir, por meio das secretarias municipais, um catálogo atualizado com informações sobre os serviços de saúde mental existentes nos municípios para ser distribuído na rede de saúde.

383. Criar um sistema de informação nos municípios (um sítio na internet com banco de dados, específico para a Saúde Mental e de livre acesso à população), contendo informações sobre as ações, dispositivos legais e governamentais e financiamento da saúde, com o desenvolvimento de sistemas e indicadores específicos para a avaliação e auditoria dos serviços prestados à saúde mental, por meio de pesquisa sobre a qualidade e satisfação dos usuários, familiares e equipe assistencial.

384. Divulgar experiências exitosas realizadas com pessoas portadoras de necessidades especiais no País, incluindo nos programas e na capacitação dos profissionais de saúde mental o compromisso com a assistência dessa clientela.

2. Divulgação e visibilidade da informação nos serviços de saúde mental

A informação sobre os dados relativos aos serviços de saúde mental deve ser estar acessível e ser amplamente divulgada. Nesta direção foram aprovadas as seguintes propostas:

385. Viabilizar a divulgação, aos portadores de transtornos mentais, sobre a Lei n.º 10.216, de 06/04/2001, com a exposição de um cartaz, de expressão nacional, para ser colocado em todos os serviços de saúde, em local de fácil visualização, visando implementar a acessibilidade e o controle social.

386. Obrigar a fixação, em cada unidade de saúde mental, em local visível e freqüentado por usuário, de quadro com relação de todos os seus funcionários, com horário de trabalho e a informação de que o serviço compõe a rede de atenção do SUS.

3. Acesso aos dados de prontuários e às informações sobre atos e procedimentos realizados

É fundamental garantir, ao usuário dos serviços de saúde, as informações sobre seus direitos, o sistema de saúde, o funcionamento do serviço, bem como sobre os aspectos referentes a seu projeto terapêutico e o acesso a seu próprio prontuário.

No âmbito do SUS, deve ser agilizada a implantação do Cartão SUS, de forma a garantir um mecanismo informatizado de acesso às informações relativas aos usuários do sistema, sua história clínica, prescrições, dentre outras informações necessárias aos procedimentos de regulação do sistema, à eficácia do tratamento e sua continuidade em todo o território nacional, com base nos princípios éticos que respeitem os direitos dos usuários, visando a efetivação dos princípios da reforma sanitária com acesso, regionalização, descentralização e integralidade das ações. No caso das internações psiquiátricas, voluntárias, involuntárias ou compulsórias, deve ser assegurado o pleno acesso à informação sobre os procedimentos realizados, bem como as demais ações em saúde mental a que têm direito, incluindo aqui os dados relativos aos manicômios judiciários.

4. Acesso à participação em programas de educação e informação em saúde mental

O combate do estigma da loucura e a mobilização da opinião pública acerca da problemática da saúde mental devem ser implementados através de programas permanentes de educação e

informação em saúde mental, com ampla participação dos usuários, familiares e comunidade, visando à sua capacitação e seu efetivo envolvimento. Da mesma forma, deve ser incentivada a discussão da legislação atual, por meio de cartilhas informativas, campanhas na mídia, encontros e palestras com a comunidade.

Também foram aprovadas as seguintes propostas:

387. Promover, de forma sistemática e permanente, através dos meios de comunicação de massa (TV, rádio, jornais, agências de publicidade e *marketing*), a informação, discussão e divulgação dos serviços e das políticas de saúde mental. Utilizar para isto, campanhas institucionais, programas de debates, elaboração de materiais educativos e informativos, estimulando parcerias com empresas que incentivem e criem a responsabilidade social.

388. Desenvolver processo de educação em saúde mental para conscientização e Integração da família e da comunidade na atenção à doença mental, informando seus direitos sociais, civis e trabalhistas.

389. Garantir que a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde crie um veículo de divulgação permanente, para informação e divulgação de experiências bem sucedidas, baseadas no modelo inclusivo, além da divulgação da evolução da política nacional de saúde mental, utilizando os meios de comunicação existentes.

390. Garantir que os Conselhos Profissionais, na comunicação com suas categorias, viabilizem publicações na área de Saúde Mental, com vistas a uma maior eficiência, qualidade e controle social.

391. Criar um Banco de Dados no Ministério da Saúde e nas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, de fácil acesso, para conhecimento das capacitações e cursos oferecidos aos profissionais da rede que utilizarem recursos públicos para tal empreendimento.

5. Acesso aos serviços e às informações sobre o SUS

Além do acesso aos serviços de saúde, os usuários devem ter acesso a informações e a dados que esclareçam sobre como funciona e opera o SUS. O Ministério da Saúde deve elaborar e distribuir um manual que informe: vias de repasse financeiro, pólos de atendimento, definição de cada município dentro da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS.

Os usuários de saúde mental devem ter acesso garantido ao conjunto dos serviços da rede assistencial do SUS, conforme os princípios da universalidade e integralidade.

392. Garantir, nos três níveis de atenção à saúde, o atendimento humanizado e o acolhimento ao portador de sofrimento mental, de forma a não permitir fila de espera. E, também, garantir a implementação de procedimentos que humanizem e facilitem as consultas e os exames específicos.

393. Assegurar o acesso aos usuários e a seus acompanhantes, quando necessário, de passe livre municipal, intermunicipal e interestadual na rede de transporte, a fim de se garantir o direito de ir e vir e o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia. Garantir, também, o transporte de ambulância, quando necessário, em situação de crise, aos locais que prestam atendimento de urgência e emergência.

394. Garantir acesso aos leitos de hospitais gerais para que portadores de transtorno mental possam receber assistência clínica ou cirúrgica de qualidade, quando for o caso. Particularmente, que sejam garantidos leitos clínicos em hospitais gerais para desintoxicação de usuários de álcool e outras drogas de forma a extinguir estas internações em hospitais psiquiátricos.

395. Garantir o pleno acesso dos portadores de sofrimento mental, inclusive os infratores, em situação de urgência clínica, aos hospitais gerais, combatendo a forte discriminação vigente a esse respeito.

396. Garantir a assistência odontológica aos portadores de transtornos mentais na rede pública, adequando e capacitando a rede para este fim.

397. Assegurar ao usuário continuidade do tratamento, quando de sua alta hospitalar, em serviços oferecidos pela rede local, levando em conta a proximidade e o acesso aos serviços de saúde.

398. Garantir aos portadores de transtornos mentais o acompanhamento de familiares durante as internações em hospitais gerais e que estes, sempre que possível, sejam atendidos, em relação às suas necessidades clínicas, de alimentação e alojamento, pela equipe de saúde mental da unidade que o assiste.

6. Acesso a procedimentos especiais de atenção e apoio

O atendimento às situações de crise deve ser realizado em Unidades de Atenção ou residência por equipe especializada ou capacitada para este tipo de situação, sem recorrer às práticas coercitivas e violentas.

Os espaços de promoção de saúde mental devem ser garantidos, estimulando a criação de grupos de convivência e oficinas terapêuticas na comunidade, em parceria com o serviço público, trabalhando de modo interdisciplinar e investindo na saúde mental das crianças, adolescentes, adultos e idosos, além de cria oportunidade de trabalho para atores sociais e profissionais de diversas áreas de conhecimento, tais como músicos, dançarinos, professo-

res de diversos esportes, investindo em atividades musicais, pintura, escultura, teatro, plantas ornamentais e medicinais (saúde mental comunitária).

Outras medidas devem ser asseguradas:

399. Instituir mecanismos que possibilitem permanente contato com o Ministério Público, como, por exemplo, uma linha telefônica 0800.

400. Os Governos Federal, Estaduais e Municipais devem destinar recursos para a aquisição de viaturas destinadas aos Programas de Saúde Mental, com a finalidade de elevar a acessibilidade dos usuários à atenção em saúde mental, viabilizando visitas e/ou atendimentos em caráter domiciliar, aqui incluídos os casos de dependência química que necessitarem deste tipo de assistência.

401. Garantir a priorização do atendimento aos usuários de saúde mental portadores de necessidades especiais no programa de órtese e prótese, desburocratizando o processo e reduzindo o tempo de entrega dos equipamentos.

402. Assegurar o acesso dos usuários de saúde mental aos cursos profissionalizantes promovidos pelas Secretarias de Trabalho, SENAC, SENAI, SESI, SESC etc. e também a programas de geração de trabalho e renda, favorecendo a autonomia dos usuários.

403. Garantir investimentos por parte do Ministério da Saúde no parque industrial farmacêutico público, visando à produção de medicamentos essenciais que atendam à demanda populacional real e de medicamentos de segunda geração de uso excepcional em saúde mental, para que os municípios possam adquirir diretamente os remédios dos laboratórios oficiais.

404. Garantir vagas na rede municipal de creches, ou serviços afins, para os filhos de usuários dos serviços de atenção diária, durante o período de tratamento.

7. Acesso aos serviços de saúde mental

Os serviços residenciais terapêuticos e os serviços substitutos de atenção em saúde mental devem ser criados nos municípios de origem dos usuários institucionalizados de longa permanência, exceto nos casos em que exista alguma contra-indicação para seu retorno, como, por exemplo, o enfraquecimento dos laços familiares, sociais e culturais com o território de procedência.

A estigmatização da pessoa com sofrimento psíquico grave pode ser evitada, através da atitude firme de evitar o primeiro internamento em hospital psiquiátrico, oferecendo atendimento em hospitais gerais ou em CAPS 24 horas, com assistência, orientação e apoio dos funcionários.

Nos serviços ambulatoriais, os usuários devem ser atendidos com freqüência adequada, cujo critério deve ser unicamente a necessidade da pessoa com sofrimento mental.

A Portaria/SNAS n.º 224/92 deve ser flexibilizada, no que tange à regulamentação dos CAPS, assegurando a municípios de pequeno e médio porte a implantação de CAPS e outros dispositivos de Saúde Mental, de acordo com as necessidades locais.

Os moradores de rua portadores de sofrimento mental devem ter pleno acesso aos serviços substitutivos de saúde mental, incluindo os serviços residenciais terapêuticos. Da mesma forma, deve ser garantida uma atuação intersetorial da política de saúde mental voltada àqueles segmentos de usuários em situação de maior risco: mulheres vítimas de violência doméstica, crianças, adolescentes e idosos.

O morador da residência terapêutica deve ter pleno acesso a todos os serviços de saúde, bem como a lazer, educação e trabalho.

Além destas, foram aprovadas também outras propostas de fundamental importância para efetivar o acesso universal aos serviços de saúde mental, sem nenhuma forma de discriminação:

405. Na atuação intersetorial da política de saúde mental junto aos usuários em situação de risco, garantir aos usuários de álcool e outras drogas o acesso às ações especializadas de saúde mental consoante os princípios do SUS, Reforma Psiquiátrica e Redução de Danos, de forma que não se firam seus direitos, impedindo assim a instalação dos Tribunais de Drogas e Programa de Justiça Terapêutica, influenciados pela experiência americana, de maneira que justiça e saúde trabalhem em conjunto.

406. Definir instrumentos que garantam o sigilo profissional, o anonimato e o voluntariado do usuário de drogas psicoativas, e o direito ao acesso irrestrito ao tratamento.

407. Proporcionar acesso ao tratamento às mulheres com problemas de drogadição e alcoolismo, com a criação de creches perto do local de trabalho.

408. Garantir o acesso aos serviços de saúde mental às populações indígenas, ribeirinhas, de áreas rurais e quilombos, mediante a implementação de políticas específicas para suas necessidades, através de dispositivos adequados à realidade locais.

409. Garantir que a atenção em saúde mental inclua em sua política a população indígena brasileira, bem como a comunidade cambola, atendendo às suas especificidades culturais.

410. Exigir do SUS que, considerando o alto índice de suicídio de índios nos municípios de Dourados/MS, e que não existe um Programa de atenção à saúde mental desta população, desenvolva uma urgente investigação epidemiológica de transtornos mentais nas nações indígenas e promova em conjunto com a FUNAI, Ministério da Cultura e as organizações não-governamentais que atuam

junto a essas minorias, um Programa de Saúde Mental para as nações indígenas.

411. Garantir que o SUS assuma o tratamento dos deficientes mentais e crianças com problemas neurológicos nos municípios, sobretudo a reabilitação.

412. Garantir e priorizar o pronto atendimento aos portadores de deficiência mental nas unidades de saúde, proibindo qualquer tipo de preconceito.

413. Implantar programas de atenção psicossocial dirigidos para clientela de jovens adultos, afetada pelo autismo e pela psicose desencadeada na infância.

414. Garantir o exame de fenilcetonúria para recém-nascidos, como medida de prevenção à deficiência mental.

415. Garantir uma condição de vida melhor aos deficientes mentais após sua maioridade, possibilitando o exercício de sua cidadania.

416. Implantar o Programa Estadual de Retorno ao Lar, levando em conta, que preferencialmente, a saída do usuário morador deve se realizar junto à família de origem, com o suporte clínico e socioeconômico necessário, como o seguimento de visitas domiciliares, sob responsabilidade de um CAPS e com ações intersetoriais. As famílias devem ser beneficiadas por um programa de atendimento específico e sistemático.

417. Desenvolver um trabalho educativo e preventivo em saúde mental com o trabalhador rural, com ênfase na problemática do agrotóxico.

418. Garantir medicação gratuita aos portadores de transtornos mentais, inclusive as de alto custo desde que comprovadamente mais benéfica ao usuário, em tempo hábil, de forma contínua.

419. Promover a ação intersetorial entre a saúde mental e a instância jurídica, de forma a viabilizar os mecanismos necessários à implementação de serviços residenciais terapêuticos, frente à dificuldade de alocar ou adquirir imóvel.

V. DIREITOS E CIDADANIA

Foi ressaltada a priorização, no âmbito da assistência em saúde mental, de políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando deste modo o exercício de cidadania plena, no lugar de iniciativas tutelares.

Neste sentido, deve ser incentivada a instituição de parcerias entre o Poder Público e Organizações Não-Governamentais (ONGs) locais, que possam funcionar como apoio na reinserção social dos portadores de transtornos mentais, e dos dependentes químicos, desenvolvendo projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, garantindo a inclusão destas pessoas na sociedade, sem qualquer restrição e limitação.

Um grande destaque, na direção de medidas de inclusão social, foram as propostas relacionadas com a inserção no mundo do trabalho, através de projetos de geração de renda ou formação de cooperativas sociais.

Além destas propostas, as seguintes também foram aprovadas:

420. Criar legislação de incentivos fiscais para que as pessoas físicas e empresas possam aderir às políticas de inclusão dos portadores de transtorno mental, seja através de inserção do usuário no mercado formal de trabalho, seja através do apoio às cooperativas sociais.

421. Criar projetos de geração de renda, cooperativas de trabalho (portadores de transtornos mentais, usuários de álcool e outras drogas, crianças e adolescentes), centros de convivência, oficinas de cultura, arte e lazer, nos municípios, através de políticas intersetoriais, em parceria com instituições públicas, privadas e sociedade civil organizada que viabilizem a sua efetivação.

422. Desenvolver ações que viabilizem a profissionalização e comercialização (qualidade, escoamento e distribuição no mercado) da produção dos projetos de trabalho e de geração de renda dos usuários de saúde mental, e garantir que essas ações cheguem à comunidade através de planejamentos desenvolvidos em parceira com as coordenações municipais de saúde mental e demais secretarias e entidades.

423. Fazer cumprir e exigir a revisão dos vetos da Lei n.º 9.867 (Lei das Cooperativas Sociais), garantindo os incentivos fiscais especiais e outros benefícios ali dispostos.

424. Fomentar e apoiar a criação de cooperativas sociais através da divulgação de formas de captação de recursos e da promoção de treinamento cooperativista, garantindo a inclusão de usuários, familiares e voluntários.

425. Garantir abertura de linha do crédito especial a associações de usuários de saúde mental, para a constituição de cooperativas e projetos de geração de emprego e renda.

426. Garantir a integração social do paciente no mercado de trabalho, ampliando a Lei n.º 8.231/91, art.93, da legislação trabalhista, ampliando os percentuais de 2% para 4%, 3% para 5% e de 5% para 6%, no número de profissionais portadores de deficiências contratados, e incluir o portador de transtorno mental em 50% das vagas.

427. Garantir no mercado de trabalho e nos concursos públicos um percentual de vagas para o portador de transtorno mental que esteja preparado para esta inserção.

428. Que a sociedade civil organizada trace um programa junto aos trabalhadores urbanos e rurais que garanta aos usuários de saúde mental direitos trabalhistas e equiparação do direito de trabalho, sem exclusão.

429. Que os governos nas três esferas desenvolvam e apóiem projetos de geração de renda, e cooperativas de trabalho aos

portadores de transtornos mentais investindo em cursos profissionalizantes (podendo utilizar recursos do FAT).

430. Que os serviços substitutivos, associações de usuários e familiares e ONGs da saúde mental busquem constituir parcerias com o FAT e SEBRAE, grupos de economia solidária e outros, visando promover cursos de qualificação profissional e formação de cooperativas de trabalho e empresas sociais para usuários de saúde mental.

431. Reivindicar aos órgãos competentes reserva de mercado nas diversas feiras de artesanato e em qualquer espaço cultural, em museus e centro culturais, a fim de viabilizar o escoamento do material produzido nas oficinas de geração de renda realizadas nos serviços.

432. Garantir a ampliação e potencialização de dispositivos sócio-sanitários, possibilitando que as pessoas portadoras de transtornos mentais graves sejam inseridas em cursos profissionalizantes, em centros como SESC, SENAI, SESI, no sentido de se garantir o pleno exercício de sua cidadania e de seus familiares, criando uma discriminação positiva e assegurando vagas nestes cursos.

1. Educação e inclusão social

A inclusão do portador de transtorno mental nas escolas ou em programas de alfabetização foi objeto de várias propostas, entre as quais medidas que assegurem vagas nos programas educacionais, criando uma discriminação positiva.

433. Garantir a implementação da LDB (Lei de Diretrizes e Bases), que prevê o acesso à Educação aos portadores de transtornos mentais nas escolas públicas e privadas, realizando parceria entre as Secretarias da Saúde, Educação e Ação Social, visando capacitação continuada do corpo docente e outros funcionários,

equipando as escolas adequadamente, com vistas à inclusão dos referidos portadores.

434. Estabelecer amplo entrosamento entre a rede da saúde mental e rede educacional, visando abolir os preconceitos e divergências entre ambas no que diz respeito aos portadores de transtornos mentais, cumprindo, desta forma, o disposto na lei nº 8080/90.

2. Cultura e lazer

435. Através das três esferas de governo devem ser apoiadas práticas desportivas, atividades recreativas, culturais e de lazer, nos bairros, parques e ambulatórios de Saúde Mental, para que as pessoas possam usar e desenvolver seu potencial.

436. Acesso a cinemas, teatros, outros espaços de cultura e educação, deve se dar como inclusão não marginal, ou seja, participação em sessões comuns não especificas, em classes comuns, escolas regulares e não classes especiais. Esta acessibilidade deve ser reforçada pela iniciativa de um projeto de Lei.

3. Medidas de apoio e de atenção a grupos específicos

A melhoria da qualidade de vida e o combate à fome e desnutrição dos portadores de sofrimento mental e seus familiares devem ser pleiteadas junto ao Programa de Saúde da Família e/ou outras iniciativas na área de saúde mental.

Devem ser incluídos os recortes de gênero, raça e etnia na elaboração, implantação e execução de diretrizes e ações nas campanhas promovidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Outras medidas de apoio devem ser implementadas:

437. Exigir do Poder Judiciário a inclusão no seu quadro de pessoal de diferentes profissionais, para atender a demandas específicas do campo da saúde mental e grupos minoritários.

438. Assegurar o cumprimento das leis já existentes quanto a idade legal para consumo de álcool e sobre os parâmetros curriculares que informam e orientam sobre álcool e outras drogas, DST e AIDS.

439. Criar mecanismos específicos que proíbam a veiculação e participação de menores de 21 anos em propagandas de álcool e outras drogas, no sistema de comunicação brasileiro, bem como em horário que atinja a crianças e adolescentes.

440. Criar mecanismos que garantam a não-utilização de verbas públicas para o oferecimento de bebidas alcóolicas em eventos públicos.

441. Desenvolver estudos e pesquisas que investiguem o impacto do racismo na saúde mental da população negra e da população indígena.

442. Que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) seja respeitado e cumprido na sua totalidade, em particular no que se refere à assistência à saúde e em relação à garantia de atendimento psicossocial à criança e ao adolescente com dependência ao álcool e outras drogas, como determina o ECA nos seus artigos 7º ao 14º,87º,101º,129º.

4. Direitos civis e sociais: mudanças na legislação civil e penal

O debate e a revisão dos artigos dos códigos civil e penal que digam respeito às pessoas acometidas por transtorno mental devem ser promovido em todo o território nacional, no sentido de:

443. Adequar a Previdência Social e o Código Civil à Lei n.º 10.216/01, de modo a suprimir expressões como "loucos de todo o gênero", assegurando ao portador de transtorno mental uma legislação que o reconheça como sujeito de direitos.

444. Combater a concepção do Código Civil segundo a qual "Os loucos de todo gênero são considerados absolutamente incapazes para a vida civil". Questionar, portanto, a interdição dos direitos civis do portador de transtorno mental em todas as instâncias.

445. Lutar para que seja eliminada do Código Penal a exigência de exame psiquiátrico para presos.

446. Fomentar uma revisão dos critérios de interdição do código civil, privilegiando a vontade e autonomia do sujeito e o caráter temporário da medida, propondo que o processo de interdição constitua-se como uma "curatela parcial", a ser permanentemente reavaliado, podendo ser revertido.

447. Propor a alteração do código penal brasileiro no sentido de excluir o conceito de "presunção de periculosidade" do portador de transtorno mental infrator, sendo-lhe garantindo o direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social, extinguindo-se a reclusão em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

448. 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.

449. Incluir, na legislação que proíbe a venda de bebida alcoólica a menores de 18 anos, a obrigatoriedade de informar, na publicidade, sobre os efeitos adversos do consumo de álcool e os riscos do seu uso para condução de veículos.

450. Instar as entidades legislativas a que formulem normas para todos os tipos de instituições que prestam assistência em saúde mental.

451. Desenvolver esforços para que haja a descriminalização do uso de drogas.

452. Garantir, através de regulamentação por lei municipal, a manutenção dos serviços de saúde mental já existentes, que trabalham de acordo com as normas do SUS, independente da troca de governo.

5. Direitos dos usuários privados da liberdade

A Reforma Psiquiátrica deve ser norteadora das práticas das instituições forenses. A questão do Manicômio Judiciário deve ser discutida com as diferentes áreas envolvidas (legislativa, previdenciária, saúde mental, direitos humanos e outras), com o objetivo de buscar formas de garantir o direito do portador de transtorno mental infrator à responsabilidade, à reinserção social e a uma assistência dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

453. Condenar a reclusão em Manicômio Judiciário, buscando formas de garantir o direito do usuário à responsabilidade, à assistência e à reinserção social.

454. Condenar a adoção, no Brasil, da Justiça Terapêutica.

455. Garantir acesso, aos usuários privados da liberdade (medidas de segurança), à perícia e à reinserção social.

456. Criar em todas as Varas Criminais um programa integrado para acompanhamento a pacientes *sub judice*.

457. Garantir a revisão dos processos de portadores de transtornos mentais que estejam cumprindo pena por medida de segurança em delegacias, presídios e manicômios judiciários, para que seja garantido a estes tratamento adequado, seguindo as orientações da Reforma Psiquiátrica.

458. Garantir tratamento humanizado (exercício da sexualidade, acesso ao lazer, combate ao estigma), prevendo licenças de saídas periódicas para o portador de transtorno mental interno em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, para facilitar sua reinserção na família e na sociedade.

459. Propor que o Ministério da Saúde promova uma articulação efetiva com os Ministérios Públicos estaduais, através de convênios, a fim de sensibilizá-los para a condição de cidadão do portador de transtorno mental grave e persistente, de forma a agilizar a revisão dos processos de curatela.

460. Garantir o direito à assistência à saúde mental e à reinserção social dos portadores de transtornos mentais internados nos manicômios judiciários.

461. Incluir avaliação da equipe de saúde mental sobre a procedência e validade técnica dos encaminhamentos de pena alternativa para o usuário de álcool e outras drogas, antes da promulgação da sentença.

462. Questionar o tratamento jurisdicional dado ao portador de transtorno mental infrator, condenando firmemente, em todas as instâncias e em cada caso, a sua reclusão nos manicômios judiciários ou através de medidas de segurança nos hospitais psiquiátricos, buscando formas de garantir seu direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social, e discutindo a superação do conceito de inimputabilidade.

463. Garantir que a criança e adolescente vinculados ao sistema judiciário, pacientes portadores de HIV e transtorno mental, usuários de drogas e deficientes mentais sejam incluídos nas políticas de saúde mental, e garantir que tais políticas sejam efetivadas.

6. Legislação psiquiátrica e direitos dos usuários nos serviços

Todo o apoio deve ser dado à regulamentação, aplicação e divulgação imediata da Lei n.º 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Da mesma forma, deve ser retomada a luta política pelos princípios originalmente propostos pela Lei Paulo Delgado, em especial a extinção imediata dos manicômios e a regulamentação das internações voluntárias e involuntárias. E ainda:

464. Assegurar ao usuário, em caso de internação involuntária em hospital psiquiátrico, todo apoio e respaldo ao seu direito de recorrer judicialmente contra esta medida.

465. Exigir dos estados e municípios que elaborem e sancionem suas leis de Reforma Psiquiátrica.

466. Sugerir que o Ministério Publico crie equipe multiprofissional para acompanhamento e fiscalização de internações involuntárias.

467. Estabelecer mecanismos para o adequado cumprimento da Lei n.º 10.216/01, no que tange às internações involuntárias, voluntárias e compulsórias.

468. Recomendar que o Ministério Público se instrumentalize para atuar nas internações, como recomenda a lei.

469. Assegurar, na forma da lei, que os indivíduos cujo tratamento tenha se iniciado por uma internação compulsória, possam ser tratados ambulatorialmente, assim que possível, em qualquer tempo.

470. Observar o consentimento informado quando indicada a possibilidade de revisão das decisões de internação, observados os direitos dos usuários.

471. Observar rigorosamente o sigilo das informações contidas nas comunicações de internações ao Ministério Público, no acompanhamento de internações e na revisão das decisões de internação.

472. Os portadores de transtornos mentais não deverão ser discriminados, devendo receber pleno tratamento nos planos privados de saúde, assegurando-se que os planos de saúde garantam ao seu associado tratamento em saúde mental de qualidade, obedecendo aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

473. Promover a regulamentação urgente da Lei n.º 10.216/01, garantindo, nas internações involuntárias, a avaliação por outra equipe de saúde mental que possa apresentar novas alternativas de condutas específicas no caso.

474. Rever a redação da Lei n.º 10.216/01 , no artigo 4º, parágrafo 2º, substituindo "serviços ocupacionais", por "serviços terapêuticos ocupacionais".

475. Garantir que os serviços de saúde mental públicos e privados cumpram as exigências legais descritas nos documentos que norteiam a política de saúde mental, especialmente, a Portaria/SNAS n.º 224/92 e Lei n.º 10.216/01.

476. Exigir que haja fiscalização, por parte do Ministério Público e do Ministério da Saúde, em todos os serviços de saúde, do cumprimento das leis da bioética, bem como da aplicação da legislação da saúde, como forma de garantir a Reforma Psiquiátrica e o SUS em todos estados.

477. Exigir que o Ministério da Saúde não acate a Resolução n.º 1627/2001 do Conselho Federal de Medicina.

478. Instar familiares, comunidade e equipe técnica para que se empenhem em oferecer aos usuários todas as possibilidades de acesso a um tratamento consentido, promovido sempre pela rede substitutiva ao hospital psiquiátrico.

479. Reafirmar a necessidade do cumprimento da legislação que proíbe que o tratamento do usuário de álcool e drogas seja realizado em manicômios.

7. Benefícios sociais

A concessão de benefícios ao portador de transtorno mental não pode ser condicionada, em qualquer hipótese, à sua interdição ou curatela.

480. Assegurar que as legislações nacionais, estaduais e municipais que garantem benefícios e direitos aos portadores de deficiências, inclui os portadores de transtornos mental.

481. Intervir junto ao INSS, de forma que seja aprovada e avaliada, junto à perícia médica, o laudo da equipe multidisciplinar que assiste o portador de transtorno mental, para a concessão de todos os benefícios, inclusive o da prestação continuada – LOAS.

482. Assegurar que as perícias médicas dos portadores de transtornos mentais, para acesso ao benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social, sejam realizadas no SUS.

483. Assegurar que a legislação previdenciária seja amplamente discutida com os diversos segmentos da sociedade, objetivando mudanças na atual legislação, a qual não prioriza aspectos clínicos e psicossociais dos pacientes, excluindo portadores de transtornos mentais do auxílio previdenciário.

484. Garantir a presteza do processo de liberação de benefícios aos portadores de transtornos mentais pelo poder judiciário e INSS, e que a concessão de benefícios não esteja atrelada à interdição destes portadores.

485. Garantir, através de todos os recursos legais e institucionais, que o INSS não faça mais a indevida exigência de

interdição civil para que pessoas com transtornos mentais tenham acesso ao beneficio da prestação continuada, e que o único instrumento normatizador desta concessão seja a LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social).

486. Ampliar o acesso ao Benefício de Prestação Continuada, considerando-se a renda *per capita* familiar de 50% do salário mínimo, e idosos a partir de 65 anos.

[*Sobre o mesmo tema foi também aprovada a seguinte proposta:*]

487. Propor que sejam feitas duas emendas ao Artigo n.º 20 da LOAS; substituindo a idade limite de 67 anos para 60 anos, e ainda, a renda per capita de ¼ do salário mínimo por um salário mínimo.

488. Garantia de benefício previdenciário ou bolsa desospitalização ao usuário portador de transtorno mental internado de longa permanência, ou ao morador de serviço residencial terapêutico que não tenha renda própria ou familiar, para o seu sustento.

489. Garantir o direito do Benefício de Prestação Continuada às pessoas com transtornos mentais e incapacitada para o trabalho, mediante a revisão dos critérios atuais da LOAS. Nesta revisão deve ser considerado o laudo psiquiátrico.

490. Garantir que o Benefício de Prestação Continuada seja usado parcial ou integralmente em prol do usuário, e que, caso não ocorra a devida utilização, esta irregularidade seja denunciada ao Ministério Público.

491. Recomendar a extensão de benefícios pecuniários, quando da existência de dois ou mais membros comprometidos na mesma família com necessidades especiais.

492. Fazer com que a qualquer tempo possa ser possível ao usuário do SUS o direito de ser beneficiado por projetos de renda mínima.

8. Exercício e defesa dos direitos sociais

493. Incentivar a participação e o envolvimento do Ministério Público nas discussões sobre Política de Saúde, especialmente na área de saúde mental. Garantir a divulgação e a disponibilidade, para todos os usuários e familiares, da Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários, nas unidades de saúde mental e em fóruns nacionais, estaduais e municipais.

494. Constituir Comissões de Direitos Humanos e estabelecer parcerias com entidades de defesa dos Direitos Humanos, para acompanhar ações jurídicas concernentes aos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, cobrando providências das autoridades responsáveis.

495. Garantir a aplicabilidade do Decreto 3.298, que regulamenta a Lei n.º 7.853/89, sancionada pelo Presidente da República, pertinente à defesa dos direitos à acessibilidade e cidadania de todos os portadores de necessidade especiais.

496. Garantir o acesso e atenção integral na rede do SUS, aos usuários dos serviços de saúde mental, tanto nos serviços específicos como nos demais serviços de saúde; diante de situações de recusa de atendimento em função de discriminação/preconceito, os casos deverão ser levados aos gestores da saúde, conselhos municipais e ao Ministério Público.

497. Defender que sejam desinterditadas de imediato pessoas com transtornos mentais que foram interditadas para receber algum benefício que tenha cessado ou sido suspenso por alguma razão.

498. Garantir que os médicos registrem, nos prontuários clínicos e laudos periciais realizados em portadores de transtornos mentais, as lesões observadas, em conformidade com o código de ética, como já se procede em casos de tortura e violência de gênero e contra crianças e adolescentes.

499. Cobrar do Poder Judiciário a proibição de veiculação de mensagens pejorativas e discriminatórias sobre indivíduos portadores de transtorno mental.

500. Garantir e facilitar o acesso para obtenção de documentos, para exercício da cidadania, aos portadores de transtorno mental.

501. Garantir aos usuários dos serviços de saúde mental o direito de usarem suas próprios roupas e objetos pessoais durante o período de internação hospitalar.

502. Divulgar os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e as leis, decretos e portarias que regulamentam a assistência de saúde mental e outras informações junto aos trabalhadores de saúde, usuários e comunidade, com recursos dos conselhos municipais, estaduais e nacional da saúde.

503. Garantir assessoria e assistência jurídica pública e gratuita aos usuários dos serviços de saúde mental, objetivando a defesa de seus direitos de cidadania, articulando parcerias entre os serviços de saúde mental, Ordem dos Advogados do Brasil, comissões de Direitos Humanos, curadorias e ouvidorias, bem como as organizações não-governamentais defensoras dos direitos humanos, na defesa também do direito ao trabalho e da proteção aos direitos das vítimas de violência institucional.

504. Garantir que o Ministério Público acompanhe todos os casos de apropriação indevida da renda dos usuários, por parte de familiares, responsáveis ou outros.

505. Garantir que todo usuário tenha direito a uma representação gratuita em caso de incapacidade civil.

506. Incluir especialistas em saúde mental, ou a contratação e credenciamento dos serviços destes, nas atividades periciais do INSS para fins de aposentadoria por invalidez ou doença, adequando os formulários correspondentes às exigências da especialidade.

507. Adotar a designação "passe livre de transporte" em lugar de "passe livre de deficiente mental" para evitar a discriminação.

508. Garantir investimentos em estudos e mobilização social, para inclusão dos transtornos mentais e sofrimentos psíquicos gerados pelas condições de trabalho como doenças ocupacionais.

9. Redes em saúde mental e organização dos usuários e familiares

509. Divulgar as leis, decretos e portarias que regulamentam a assistência de saúde mental junto aos trabalhadores de saúde, usuários e comunidade.

510. Promover movimento de sensibilização dos parlamentares, visando a aprovação de leis de interesse da população no âmbito da saúde mental.

511. Estender ao uso abusivo de psicofármacos a mesma atitude crítica que existe em relação ao eletrochoque, e em igual intensidade.

512. Promover debates com candidatos às Câmaras Municipais, Assembléias Legislativas, à Câmara Federal e aos Governos Estaduais sobre as suas propostas para a área de saúde em geral e especialmente da saúde mental, comprometendo-os com o cumprimento das propostas.

513. Constituir uma rede solidária e popular em Saúde Mental, que possibilite a troca de experiências e se torne uma rede de solidariedade entre todos aqueles que se interessem pela Saúde Mental.

514. Garantir ações de fortalecimento das relações familiares, através de acompanhamento, orientações e grupo de pais,

incentivando a organização de familiares na busca da conscientização dos seus direitos e dos usuários através de ações intersetoriais.

515. Elaborar e efetivar campanhas nacionais de esclarecimento e conscientização sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica, na mídia, através do Ministério da Saúde e das Comissões Municipais, Estaduais e Nacional da Reforma Psiquiátrica, a fim de sensibilizar a população em geral sobre o preconceito e o estigma que impedem o acesso dos usuários ao mercado de trabalho formal e a perda do emprego, que em geral ocorre quando adoecem, o que leva à perda de seus direitos como cidadãos.

516. Incentivar a realização de campanhas educativas em nível nacional, utilizando os diversos meios de comunicação, para favorecer a conscientização da população sobre saúde mental, visando realmente o "Cuidar, sim. Excluir, não".

517. Buscar sensibilizar a população brasileira para eleger parlamentares e executivos, em todos os níveis, que tenham simpatia para o projeto da Reforma Psiquiátrica e para as proposições de leis e programas adequados à saúde mental.

518. Incentivar a criação de associações artísticas, culturais e artesanais de usuários de serviços de saúde mental, visando objetivar maior controle social e difusão de projetos e trabalhos nesta área.

519. Criar um "disque-denúncia", canais de denúncias anônimas ou outras experiências semelhantes nos diversos estados e municípios, para receber as denúncias de violação de direitos humanos e maus-tratos aos portadores de transtorno mental e aos usuários de álcool e outras drogas, capacitando os profissionais atendentes destes serviços sobre os temas da Saúde Mental.

520. Pedir ao Ministério da Saúde que encaminhe ao Ministério Público uma solicitação de elaboração de uma cartilha que estimule a criação da Associação dos Direitos do Usuários do SUS.

521. Exigir do Ministério da Saúde e de outros órgãos competentes a proibição da veiculação de publicidades que estimulem a comercialização de bebidas alcóolicas, tabaco e medicamentos.

522. Garantir a preservação do vínculo de portadores de transtornos mentais com suas famílias e com serviços de atenção em saúde, através de implantação de grupos de apoio para familiares, acesso a informações que possam ajudar a entender a doença e saber como lidar com ela, apoio e preparo para o convívio social e familiar.

523. Estruturar uma rede de apoio às pessoas que estão em liberdade assistida, priorizando grupos de risco.

VI. CONTROLE SOCIAL

Princípios e diretrizes

A III Conferência Nacional de Saúde Mental ressalta a importância do controle social como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica.

Propõe, portanto, garantir a continuidade da política de substituição do modelo hospitalocêntrico, independente das mudanças do poder executivo, através de mecanismos de controle social já existentes (por exemplo, os Conselhos) e outros que se façam necessários: as Comissões de Saúde Mental, as Conferências, a organização da sociedade civil e dos movimentos sociais, o espaço legislativo, etc. O controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos (usuários, familiares e profissionais de saúde), na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas estaduais e nacional de saúde mental .

Uma ampla discussão foi realizada sobre os Conselhos de Saúde. É necessário reforçar a natureza dos Conselhos, que, enquanto órgãos de regulação do SUS, estão situados na sociedade e não nas instituições do Estado.

Cumpre aos Conselhos de Saúde, em ação conjunta com toda a sociedade, lutar em defesa do SUS, sem hospital psiquiátrico e com as Comissões de Saúde Mental, efetivar a política de saúde mental e exercer o papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis. Ao Conselho Nacional de Saúde, em ação conjunta com a Comissão de Saúde Mental, compete fazer gestão junto aos Conselhos Municipais e Estaduais, no sentido do seu posicionamento favorável ao processo de implantação de Reforma Psiquiátrica. Em todo este processo, é fundamental exigir a transparência na aplicação de verbas públicas.

Conselhos Gestores devem ser instituídos em todos os serviços de saúde, inclusive de saúde mental, de composição paritária, garantindo assento para familiares e usuários.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental enfatiza a constituição, ação e importância das Comissões de saúde mental. Deve-se criar Comissões de Saúde Mental também estaduais e municipais, paritárias, compostas por trabalhadores de Saúde Mental, usuários, familiares, poderes executivo, legislativo e judiciário, e entidades civis, através de termo de compromisso intermunicipal, com a finalidade de propor diretrizes nas ações de saúde mental.

Sublinha-se a importância das Conferências como espaço decisivo de controle social. Por conseguinte, busca-se garantir o cumprimento das propostas e resoluções da III Conferência Nacional de Saúde Mental pelas três esferas do governo (federal, estadual e municipal), assim como a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada, visando a garantir que os programas municipais de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Deve-se propiciar a participação dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental na elaboração das políticas públicas de saúde e no acompanhamento das ações de saúde mental. Propõe-se incentivar e apoiar as ações dos núcleos estaduais da luta antimanicomial, na fiscalização das práticas de saúde mental. Também neste sentido, urge criar estratégias para viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões de saúde mental: usuários, familiares, ONGs, sindicatos, instituições religiosas, poder público, grandes e pequenos empresários, setor informal, movimentos sociais e outros.

No campo da legislação, deve-se estimular a criação de leis de Reforma Psiquiátrica nos estados e municípios. Aponta-se ainda,

como diretriz, que a Comissão Intersetorial de Saúde Mental retome a discussão dos princípios originais da Lei Paulo Delgado: a extinção progressiva dos manicômios.

Com estes objetivos, foram aprovadas também as seguintes propostas:

1. Conselhos de Saúde

A III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma que cumpre aos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde fazerem gestões no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, atuando como instrumento dessa política, visando o benefício à área de saúde mental e uma consolidação mais rápida das políticas, com apoio da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Cumpre também a estes Conselhos fiscalizar e assegurar o funcionamento dos serviços substitutivos, sob os princípios da desinstitucionalização e/ou da reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental, responsabilizando-se por esta orientação.

Os Conselhos de Saúde devem exigir que o Ministério da Saúde não credencie serviços substitutivos privados e viabilize que as ONGs possam ser credenciadas segundo a Portaria/GM n.º 106/00. Neste processo, deve-se aprimorar a articulação entre os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

Deve-se criar mecanismos para a fiscalização e acompanhamento sistemáticos dos Conselhos, através do Ministério Público, fazendo cumprir a legislação quanto a sua estrutura e funcionamento.

Com vistas à democratização da gestão, propõe-se levar ao conhecimento da sociedade o que são os Conselhos de Saúde, quais as suas atribuições e responsabilidades, bem como o papel dos conselheiros, estimulando trabalhadores, usuários da saúde

mental e seus familiares para que participem ativamente dos Conselhos Municipais de Saúde. Deve-se exigir a implantação dos Conselhos Locais ou Distritais de Saúde Mental, em todas as unidades de saúde mental, inclusive nos hospitais psiquiátricos públicos e privados, bem como em hospitais gerais com leitos psiquiátricos.

Foram aprovadas também as seguintes propostas:

1.1. Papel e atribuições

524. Fiscalizar, por meio do Conselho Municipal de Saúde, o papel do gestor local na implementação dos serviços residenciais e substitutivos na rede de financiamento do SUS.

525. Garantir que os Conselhos de Saúde Municipais e Estaduais sejam responsabilizados pela fiscalização sistematizada das auditorias e supervisões dos serviços conveniados e estatais de saúde mental, visando a concretização da reorientação do modelo assistencial em saúde mental e a adoção de medidas legais contra serviços que ferem os direitos da clientela e/ou prestam assistência de qualidade duvidosa.

526. Garantir que os Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais tenham como ponto de pauta para discussão no próximo ano o Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

527. Estimular, por parte dos Conselhos de Saúde, a criação, em cada bairro, de um fórum permanente de promoção da qualidade de vida, com o papel de cobrar, denunciar e fiscalizar as ações e serviços de saúde.

528. Os Conselhos de Saúde, nos âmbitos nacional, estadual e municipal, devem exigir que seja cumprida a legislação referente

à saúde mental, promovendo ampla divulgação dessas leis, em conjunto com o Ministério da Saúde.

529. Garantir que os hospitais psiquiátricos ainda existentes sejam fiscalizados regularmente pelos Conselhos de Saúde e que as situações de desrespeito aos direitos humanos dos usuários sejam denunciadas ao Ministério Público e sejam estipuladas punições aos hospitais responsáveis.

530. Garantir que o Conselho Nacional de Saúde promova plenária nacional sobre saúde mental, para discutir encaminhamentos das deliberações da III CNSM.

531. Garantir que o Conselho Nacional de Saúde aprove resolução de que o Ministério da Saúde invista no serviço de informação e comunicação.

532. Criar serviço de disque-denúncia, vinculado aos Conselhos Municipais de Saúde, para encaminhamento de denúncias sobre maus tratos, violência, desassistência, etc.

533. Garantir a realização de seminários estaduais e municipais anuais, de avaliação das ações de saúde mental.

1.2. Infra-estrutura e financiamento

534. Garantir infra-estrutura aos Conselhos Estaduais, Municipais, Distritais e Locais de Saúde para funcionamento, realização de reuniões e conferências, fortalecendo a participação efetiva de todos os membros dos Conselhos, nas análises e decisões destes.

535. Propor ao Ministério da Saúde que garanta recursos financeiros aos Conselhos Estaduais e Municipais, de forma a assegurar a autonomia destes Conselhos em relação às Secretarias de Saúde.

1.3. Funcionamento interno

536. Garantir que a presidência do Conselho Municipal de Saúde seja definida por eleição entre os conselheiros, e não destinada aos Secretários Municipais de Saúde.

1.4. Fiscalização sobre os Conselhos

537. Fiscalização por parte do Ministério Público e demais instâncias judiciárias competentes, visando a assegurar a composição e o funcionamento dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, conforme garante a Lei.

538. Garantir que o Ministério Público Estadual fiscalize a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde.

539. Fiscalizar para que se cumpra, nos Conselhos, a paridade prevista pela Lei n.º 8.142/90, artigo 2º, parágrafo 4, e Resolução n.º 33 do Conselho Nacional de Saúde, que é: 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores e gestores.

1.5. Acesso amplo a dados e informações

540. Prestar contas das ações e dos serviços de saúde mental à comunidade, através de audiências públicas, promovidas pelo Conselho Municipal de Saúde, com divulgação na mídia local.

541. Garantir que os Conselhos Municipais de Saúde divulguem, mensalmente, as prestações de contas referentes às verbas destinadas à Saúde Mental.

542. Apresentar os relatórios de gestão bimestral/trimestral das Secretarias Municipais de Saúde aos Conselhos Municipais de Saúde, com os seguintes dados: número de internações psiquiátricas

geradas nos municípios (diferenciando o destino); número e nome de medicamentos distribuídos no município; número de atendimentos ambulatoriais em saúde mental; número de habitantes cadastrados no sistema de saúde mental; procedência, idade, cor, raça, sexo e escolaridade dos usuários; número de leitos psiquiátricos gerais (discriminando os respectivos custos); número de leitos desativados e redirecionamento dos recursos correspondentes.

543. Exigir a prestação de contas trimestral dos recursos públicos, sob fiscalização do Conselho Municipal de Saúde, com acesso às informações financeiras e dotações orçamentárias, a ser posteriormente divulgada aos órgãos de comunicação de massa.

544. Garantir que as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde divulguem mensalmente para os Conselhos e a Sociedade Civil o balancete financeiro detalhado com as receitas e despesas das verbas destinadas à saúde mental.

545. Garantir que o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde repassem aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde todas as informações necessárias e atualizadas contendo a legislação e os instrumentos normativos que regulam o SUS.

546. Remeter aos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde todos os resultados das auditorias hospitalares, principalmente as psiquiátricas, devidamente assinadas.

1.6. Divulgação dos Conselhos

547. Divulgar a função dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde a toda população, especialmente aos grupos específicos (Saúde Mental, DST/AIDS, etc).

1.7. Conselhos Locais e Distritais

548. Garantir a representação paritária nos Conselhos Locais ou Distritais de Saúde, com participação dos usuários, familiares, associações de classe, ONG's, representantes dos trabalhadores, gerentes de serviços, entre outros.

1.8. Articulação

1.8.1. Interconselhos de Saúde

549. Implantar 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.

1.8.2. Com a Comissão de Saúde Mental

550. 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 III CNSM com o Ministério Público.

1.8.3. Intersetoriais

551. Os Conselhos de Saúde, em conjunto com o Ministério Público e Secretarias de Saúde, devem traçar estratégias para a construção de uma sociedade inclusiva e democrática na saúde mental, com base na III Conferência Nacional de Saúde Mental, devendo esta estratégia ser apresentada e divulgada em um prazo máximo de 120 dias após a publicação do Relatório Final da III CNSM.

552. Garantir que os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, Comissões Nacional, Estaduais e Municipais de Reforma Psiquiátrica, articulados ao Movimento da Luta Antimanicomial, OAB, Comissões de Direitos Humanos, Conselho Federal de Psicologia e Serviço Social, parlamentares e outras entidades, promovam campanhas junto ao Congresso Nacional propondo a revisão das categorias de inimputabilidade e periculosidade e a substituição das medidas de segurança pela aplicação de penas adequadas ao delito cometido, bem como a garantia de tratamento na rede pública substitutiva para os usuários infratores e a extinção dos manicômios judiciários.

553. Fortalecer e ampliar a relação de parceria entre os municípios, Conselhos de Saúde e o Ministério Público.

554. Instar os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, os Conselhos Profissionais e o Ministério da Saúde a que montem estratégias de sensibilização da mídia e de entidades de produção cultural, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, para uma luta contra o estigma e a segregação dos portadores de transtorno psíquico na sociedade.

1.8.4 Com a sociedade civil

555. Garantir que a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares, nos Conselhos Municipais de Saúde, favoreça o reconhecimento de seus direitos e deveres, conquistando espaço e buscando a ampliação e adequação dos investimentos em saúde mental.

556. Garantir a realização de audiências públicas nas comunidades, com a participação do Conselho Municipal de Saúde, de maneira a informar e envolver a população nas questões de saúde.

2. Conselhos gestores

A plenária da III Conferência Nacional de Saúde Mental recomenda a criação dos Conselhos Gestores de Saúde, paritários, vinculados e tendo como modelo de composição os Conselhos Municipais de Saúde, nas unidades básicas de saúde, nos serviços de saúde mental, públicos e conveniados, nas Fundações e Consórcios. Propõe estimular a participação de usuários e familiares, associações de bairros, organizações não-governamentais e outras entidades da sociedade civil, nos Conselhos Gestores da rede.

Também foram apresentadas as seguintes propostas:

557. Garantir que os Conselhos Gestores de Saúde busquem parcerias com a OAB, Ministério Público e organizações de Direitos Humanos que garantam seu respaldo jurídico.

558. Garantir que a regulamentação dos Conselhos Gestores se dê ao nível dos municípios, através de leis, com homologação pelos seus Conselhos Municipais.

559. Garantir a implantação de Conselhos Gestores, paritários, em todos os níveis da previdência social, em especial nos postos do INSS, com participação de usuários e familiares dos serviços de saúde mental e do Movimento Antimanicomial, considerando a alta prevalência de aposentadorias, auxílios e benefício de prestação continuada aos portadores de sofrimento mental.

3. Comissões de Saúde Mental ou de Reforma Psiquiátrica

A III Conferência Intersetorial de Saúde Mental propõe a constituição de uma base legal para a criação de Comissões Municipais e Estaduais de Saúde Mental ou de Reforma Psiquiátrica junto aos Conselhos de Saúde. Estas Comissões deverão estar habilitadas a propor e assessorar os respectivos Conselhos em todas as questões

relativas ao campo da Saúde Mental, incluindo as políticas específicas (infância e adolescência, uso indevido de substâncias químicas, terceira idade, população de rua, etc).

Foram também aprovadas as seguintes propostas:

560. Criar Comissão de Saúde Mental nos Conselhos Municipais de Saúde, para fiscalizar e avaliar o cumprimento da lei da Reforma Psiquiátrica.

561. Garantir que as Secretarias Estaduais de Saúde disponibilizem para a Comissão de Saúde Mental informações fidedignas e atualizadas sobre número e condições dos usuários institucionalizados há longo tempo. Nos locais onde não haja Comissão de Reforma Psiquiátrica, garantir que as informações sejam fornecidas aos Conselhos.

4. Conselhos de outras áreas

A III Conferência Nacional de Saúde Mental propõe ampliar e melhorar as condições do exercício político do controle social, através da criação de fóruns interconselhos.

É necessário garantir que todos os municípios da Federação tenham Conselhos de Saúde, dos Direitos da Criança e do Adolescente, Tutelar, Ação Social, Educação, Merenda Escolar. Estes Conselhos devem ser capacitados e instrumentalizados para assegurar a efetividade do acompanhamento, controle, avaliação e fiscalização dos serviços de assistência e promoção de saúde mental, dessa forma possibilitando a intersetorialização das ações, com critérios paritários dentro dos segmentos.

Também foram aprovadas as propostas a seguir:

562. Defender que os Conselhos Municipais e Estaduais de Educação discutam formas de garantir uma educação inclusiva, assegurando o acesso de crianças, adolescentes e adultos a todas as escolas, capacitando os professores para atuarem no nível que se

fizer necessário e em ambiente adequado para que essa inclusão se torne realidade.

563. Promover interlocução permanente com os Conselhos Tutelares, assumindo uma postura mais crítica quanto ao cumprimento da missão de controle social atribuída a estes.

564. Garantir a regulamentação e a implantação dos conselhos municipais anti-drogas.

565. Promover ações de integração dos Conselhos vinculados ao campo da infância e adolescência, a saber: Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.

566. Garantir que as Secretarias de Saúde e de Desenvolvimento Social estabeleçam um cronograma de reuniões para os Conselhos de Saúde e de Assistência Social, respectivamente, com prévia distribuição de pauta aos conselheiros.

5. Conferências

A III Conferência Nacional de Saúde Mental propõe que se estabeleçam mecanismos de implementação, fiscalização e acompanhamento permanente das propostas aprovadas. O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental deve ser maciçamente divulgado a toda a sociedade, inclusive em braille e disponibilizada na internet, em especial junto aos Conselhos de Saúde, serviços de saúde mental e participantes da Conferência. Foram aprovadas duas propostas diferentes quanto ao prazo máximo para a divulgação do relatório: 60 dias e 90 dias a contar da data de aprovação do mesmo.

Quanto à data da IV Conferência Nacional de Saúde Mental há duas propostas conflitantes. Uma delas propõe realizar as Conferências de Saúde Mental de 4 em 4 anos. A outra propõe definir a

sua periodicidade de forma tal que aconteça associada às Conferências Nacionais de Saúde, garantida a paridade estabelecida na lei.

Foram aprovadas também as seguintes propostas:

5.1. de Saúde

567. Apoiar as deliberações da 11ª Conferência Nacional de Saúde, que fala da realização de Conferências Temáticas, incorporando as questões relativas à saúde da população negra, recursos humanos, saúde bucal, saúde da mulher e assistência farmacêutica.

568. 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.

5.2. de Saúde Mental

569. Colocar à disposição dos delegados participantes das Conferências de Saúde Mental, conselheiros municipais, regionais e estaduais de saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, cópia dos relatórios das Conferências Estaduais e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, para acompanhamento das ações.

570. Garantir que todos os estados transformem as delegações estaduais, que participaram da Conferência Nacional de Saúde Mental, em comitês permanentes de encaminhamento e acompanhamento de suas recomendações e deliberações.

571. Garantir que o Ministério Público tenha condições técnicas para fiscalizar o cumprimento das propostas da III CNSM.

572. Garantir que o Relatório Final da III CNSM seja encaminhado para os governadores, ministros, presidentes do Senado

Federal, Câmara Federal, senadores, deputados federais e estaduais, presidentes das Assembléias Legislativas e Câmaras de Vereadores, vereadores, prefeitos e Secretários Municipais de Saúde e os respectivos Conselhos, entidades de classe e comunitárias, para que possam acontecer as referidas reformas na área de saúde mental.

573. Rever as metodologias de funcionamento das conferências de saúde mental, com vistas a garantir uma maior participação e aprofundamento das discussões.

574. Garantir que no Relatório Final da III CNSM sejam estabelecidos prazos para que os diversos níveis gerenciais implementem as propostas.

575. Garantir que a Comissão Organizadora da III CNSM envie, por via postal, o relatório final do evento a todos os participantes da Conferência.

576. Garantir, quando da realização da IV CNSM, nas conferências em nível estadual e municipal, a entrega antecipada aos delegados dos relatórios das plenárias anteriores, tendo como início os fóruns ou encontros temáticos locais.

6. Sociedade civil e movimentos sociais

A plenária da III Conferência Nacional de Saúde Mental ressalta a importância da luta conjunta dos movimentos populares e profissionais por condições e organização de trabalho adequado e coerente com o modelo antimanicomial de atenção à saúde mental, assegurando o direito à cidadania dos usuários e profissionais. A participação dos usuários, familiares e técnicos deve ser garantida em instâncias de elaboração e fiscalização de políticas públicas, assim como das rotinas e procedimentos dos serviços. A mobilização e sensibilização da sociedade civil, do poder

público e da mídia, devem visar a incorporação destes segmentos como atores/parceiros imprescindíveis na construção de projetos das três esferas de governo, dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Propõe, ainda, criar comissões formadas por representantes da Área Técnica de Saúde Mental, Câmara dos Vereadores, Assembléia Legislativa, Conselhos de Saúde, OAB, Comissão de Direitos Humanos e familiares, para avaliar os hospitais públicos, privados e conveniados com o SUS, que atuam na área de Saúde Mental, visando a adequação da legislação referente à Reforma Psiquiátrica, em todas as esferas de governo. Também as casas de custódia devem ser fiscalizadas, com a participação de conselhos e outros órgãos da sociedade civil. Deve haver controle e fiscalização das ONGs, sociedade civil organizada, Conselhos de Saúde, para que a municipalização não ocorra pelo viés da terceirização/privatização da rede de serviços em saúde mental, inclusive os serviços substitutivos.

Foram aprovadas ainda as seguintes propostas:

6.1. Articulação com o poder público

577. Buscar respaldo jurídico para as ações de fiscalização de serviços de saúde mental, desenvolvidas através do controle social, estabelecendo-se parcerias com a OAB, Ministério Público, organizações de Direitos Humanos, Comissões Municipais e Estaduais de Direitos Humanos, criando-se condições técnicas e legais para impedir a negligência, maus tratos, práticas violentas, discriminação e todas as formas de violação dos direitos humanos aos portadores de sofrimento mental, punindo-se os responsáveis.

578. Reivindicar, junto às instâncias competentes, a fiscalização e avaliação das condições de vida e tratamento dos usuários

dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, verificando se há razões efetivas para a permanência institucional dos internos, devendo participar desta fiscalização os Conselhos de Saúde, Ministério Público, Conselho Penitenciário, OAB, Secretaria de Justiça e Comissão de Direitos Humanos.

579. Incluir representantes de usuários e de familiares nas comissões de supervisão de serviços de saúde mental, oficializando tal participação através de portaria.

6.2. Organização da sociedade civil

580. Ampliar 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, ONG's, instituições, usuários e familiares, para o encaminhamento de suas reivindicações aos órgãos competentes.

581. Divulgar o trabalho dos serviços de saúde mental e das associações através de páginas na internet, jornais e outros meios de comunicação, pertencentes às ONGs e movimentos sociais organizados.

582. Assegurar a participação dos representantes dos usuários, familiares, trabalhadores, sociedade civil organizada, nos projetos que façam interface com a saúde mental: assistência hospitalar, desospitalização, programa de geração de emprego e renda, serviços residenciais terapêuticos e PSF.

6.3. Responsabilidades e atribuições

583. Garantir a criação e fortalecimento dos mecanismos de controle social nos hospitais psiquiátricos, durante o processo de sua extinção gradativa.

584. Implementar efetivamente uma política de fiscalização e monitoramento mensal das internações de longa permanência nos hospitais psiquiátricos.

585. Garantir a atuação e acompanhamento do controle social nos processos de desospitalização de pessoas há longo tempo internadas e na implantação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

586. Garantir que o processo de desativação de leitos seja discutido previamente pelas instâncias de controle social, de modo a assegurar o direcionamento e a adequação de serviços substitutivos para receber os usuários desinstitucionalizados.

587. Exigir das autoridades responsáveis a aplicação integral dos recursos da CPMF na saúde, estabelecendo que este dinheiro permaneça no município de origem, para que seja estritamente utilizado nas ações de saúde.

588. Realizar Fórum de Saúde Mental simultâneo ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial, em todos os municípios e capitais.

7. Legislação

A III Conferência Nacional de Saúde Mental assinala a importância de cumprir e divulgar a Lei Federal n.º 10.216/01. É preciso, também, estimular a elaboração de leis que regulamentem as políticas municipais de atenção integral à saúde mental, nos termos da atenção, reabilitação, ensino e pesquisa, prevenção e promoção de saúde e saúde mental.

No que diz respeito às portarias ministeriais deve-se garantir a criação e o funcionamento, nos níveis municipal e estadual, dos Grupos Técnicos previstos pela Portaria/GM n.º 799/00, ampliando a composição prevista para a participação dos diversos segmentos, mediante a incorporação de mais representantes de entidades

da sociedade, familiares e usuários, com vistas a orientar a rede de serviços.

Foram também aprovadas as seguintes propostas:

589. Reformular a legislação atual, de forma que os planos privados de saúde sejam submetidos aos mesmos critérios que regem a assistência à saúde pública, aí incluindo os mecanismos de controle social.

590. Garantir a participação dos usuários e familiares no Grupo de Acompanhamento e Avaliação dos Serviços de Saúde Mental, criado pela Portaria/GM n.º 799/00, assim como a efetivação desta Portaria com as reformas sugeridas.

591. Garantir que as comissões criadas pela Portaria/GM n.º 799/00 também tratem de questões relacionadas à assistência aos portadores de transtornos decorrentes do uso indevido de substâncias psicoativas.

MOÇÕES APROVADAS

Os delegados presentes à Plenária Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, no período de 11 a 15 de dezembro de 2001, aprovaram as seguintes moções:

1. Moção em defesa do SUS

Que seja obrigatório constarem as palavras "SUS É LEGAL", conforme decisão da 11ª Conferência Nacional de Saúde, junto com a logomarca do Ministério da Saúde e Governo Federal, em todas as capas de documentos, broches, crachás, cartazes, prospectos, propagandas de conferências, seminários e reuniões do Ministério da Saúde.

2. Moção de repúdio à utilização da Eletroconvulsoterapia (ECT)

Determinar a abolição em definitivo do uso do eletrochoque no cuidado em Saúde Mental, assim como exigir a retirada do Projeto de Lei (hoje em tramitação) que regulamenta o seu uso.

3. Moção de repúdio à permanência no cargo do Coordenador de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

O Coordenador de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás não corresponde ao perfil de gestor preconizado pelo SUS, já que é Diretor de hospital psiquiátrico conveniado e não tem demonstrado identificação com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, representando um grande obstáculo para a concretização da reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental.

4. Moção de repúdio ao desvio de verba de Ibimirim/PE

Repúdio à prática devastadora aplicada no município de Ibimirim/PE, em que o Deputado Inocêncio Oliveira, atropelando todo o processo ético e democrático, desviou uma verba destinada à ampliação da casa de Saúde Marcos Ferreira D'Avila, alocando o recurso correspondente em outro município (Jati/PE), tentando desmontar a Saúde Pública de Ibimirim.

5. Moção de repúdio à Resolução n.º 1.627/01, de 23/10/01, do Conselho Federal de Medicina (CFM)

Repúdio à Resolução nº1.627/01 do Conselho Federal de Medicina, cuja intenção é tornar-se Lei, restringindo a atuação dos demais trabalhadores de saúde e ferindo as regulamentações profissionais já existentes, além de desconsiderar a luta histórica pela atenção interdisciplinar como estratégia de inclusão social que assegura a visão integral do sujeito desde o diagnóstico até a reabilitação.

6. Moção de Repúdio ao processo encaminhado ao Estado, tirando recursos da Saúde para fins próprios

Repúdio à forma incorreta de encaminhamento do processo da Dr.ª Nadia Abdala, pediatra que foi lotada no Hospital Osiris Florindo Coelho antes da intervenção do Estado no Município de Ferraz de Vasconcelos - São Paulo. O recurso por ela levantado

cobre prejuízos de 46 milhões. Essa cláusula é injusta para a população que necessita muito de serviços de saúde.

7. Moção de Repúdio à flexibilização dos direitos trabalhistas

Que seja encaminhado a todos os Senadores o repúdio ao Projeto de Lei n.º 5.483 - C/01, aprovado na Câmara de Deputados que, ao modificar o Artigo 618 da CLT, destrói todos os direitos trabalhistas conquistados historicamente, impondo aos trabalhadores instabilidade no trabalho, sujeição às pressões dos patrões e da política neoliberal do FMI. Esta derrota dos trabalhadores implicará a piora da já grave situação da Saúde Mental da população que, diante do desemprego, da instabilidade no trabalho e da luta permanente pela sobrevivência, não pode planejar seus projetos de vida. Neste sentido, exigimos dos Srs. Senadores que em próxima votação rejeitem integralmente o Projeto de Lei n.º 5.483-C/01.

8. Moção de repúdio pela não-realização de concurso público para profissionais de saúde pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Repúdio à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia pela utilização do Contrato Especial de Direito Administrativo para contratação temporária de profissionais de saúde, sobretudo em Saúde Mental. Pede-se a realização imediata de Concurso Público para garantir a melhoria da qualidade de assistência à saúde dos usuários e condições de trabalho dos profissionais.

9. Moção pela divulgação da Rede de Saúde Mental pela internet

Que seja criado pelo Ministério da Saúde um *site* na internet, onde deverão estar relacionados todos os CAPS, NAPS, hospitais-dia, lares abrigados, residências protegidas e cooperativas já existentes e em funcionamento. Do mesmo modo, a relação de todas as Associações de Usuários, Associações de Familiares, Grupos de Neuróticos Anônimos, Grupos de Psicóticos Anônimos, Grupos de Alcoólatras Anônimos, Grupos de Drogadictos Anônimos já existentes e em funcionamento, com os respectivos endereços e telefones para contato.

10. Moção de repúdio às condições dos delegados (trabalhadores) e observadores nesta Conferência

Repúdio à forma discriminatória que os Delegados (trabalhadores) e observadores se encontram nesta Conferência, sem direito a alimentação e hospedagem, tendo que se submeter aos altíssimos preços no local do evento, o que não condiz com a realidade salarial da maioria dos estados aqui representados, assim como os gestores municipais.

11. Moção de repúdio à não inclusão de medicamentos de alto custo na cesta básica

Repúdio à falta de medicamentos de alto custo na cesta básica, onde não se contemplam alguns campos como o dermatológico e de Saúde Mental, como, por exemplo, o medicamento Viticromi e outros.

12. Moção de repúdio à Coordenação Estadual de Saúde Mental de Santa Catarina

Repúdio à Coordenação Estadual de Saúde Mental de Santa Catarina pelos fatos a seguir:

- Não ter incluído no Relatório Final da III Conferência Estadual de Saúde Mental as moções votadas e aprovadas pelos delegados, enviando o relatório incompleto para a Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental;
- Ter "vetado" o direito dos observadores eleitos na Etapa Estadual, em participarem da III Conferência Nacional de Saúde Mental;
- Não ter se empenhado no sentido de viabilizar o transporte adequado à delegação de Santa Catarina, contribuindo assim para a diminuição do número de delegados participantes nesta Conferência Nacional.

13. Moção de apoio ao Projeto de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Barbacena

Apoio ao Projeto de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Barbacena, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Este projeto tem como ponto principal o cumprimento e execução das Portarias GM n.º 106/00 e SNAS n.º 224/92, que dispõem, respectivamente, sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos e os Serviços Substitutivos de Saúde Mental.

14. Moção de apoio ao Tratamento da Dependência Química em CAPS/NAPS sob a ótica da Redução de Danos

Tendo em vista os altos índices de soroprevalência do HIV entre usuários de drogas injetáveis (52%) e de hepatite C (60%), faz-se urgente: 1) a ampliação de Serviços Ambulatoriais e de Centros-dia (CAPS/ NAPS) dirigidos ao tratamento da dependência química no âmbito do SUS; 2) a introdução das ações de Redução de Danos nesses serviços, tornando disponíveis preservativos, agulhas e seringas aos usuários de drogas. Tais medidas contribuirão para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS no Brasil.

15. Moção de apoio ao desenvolvimento de ações de prevenção às DST/AIDS para pacientes com transtornos mentais

Considerando que as pessoas portadoras de transtornos mentais têm o direito de exercer a sua sexualidade e que, portanto, necessitam de acesso às informações e aos insumos para a prática do sexo seguro, propõe-se que os Serviços de Saúde Mental realizem ações educativas permanentes para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS.

16. Moção de apoio ao uso de células-tronco para fins terapêuticos

Os profissionais, voluntários, acadêmicos, pais e pacientes envolvidos com a questão das doenças neuromusculares de causa genética, apresentam esta moção de apoio ao uso de células-tronco

para fins terapêuticos. Nesta sentido, apóiam a luta pela qualidade de vida das crianças, adolescentes e adultos afetados por tais doenças, temendo que a proibição do uso de células-tronco para fins terapêuticos possa lhes tirar a esperança de cura. Que a população conheça o lado das famílias e portadores de doenças neuromusculares, como as distrofias musculares, que causam degeneração progressiva e irreversível dos músculos esqueléticos. Meninos afetados pela distrofia de Duchenne, a forma mais comum de distrofia que só afeta o sexo masculino, perdem a capacidade de andar ao redor dos 10 anos de idade. Já as formas mais graves de atrofias musculares progressivas são letais na 1ª infância. A esperança de cura para os portadores de doenças genéticas está depositada, principalmente, no sucesso das pesquisas com células-tronco.

17. Moção de repúdio à PEC 171

Repúdio ao Projeto de Emenda Constitucional n.º 171, que prevê a redução da idade de responsabilidade penal de 18 para 16 anos de idade.

18. Moção de repúdio à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Repúdio à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia pela permanência de 400 internos como moradores do Hospital Colônia Lopes Rodrigues, em Feira de Santana - BA, bem como por continuar admitindo novos moradores no Núcleo de Crônicos, excluindo-os do convívio social e sob condições de assistência à saúde contrárias ao valor da dignidade humana, e ao regulamentado nas Portarias GM nº 106/00 e SAS n.º 1.220/00 do Ministério da Saúde.

19. Moção de apoio ao transporte gratuito para usuários

Apoio à concessão de transporte coletivo gratuito a todos os pacientes portadores de transtorno psíquico que fazem uso regular dos Serviços de Saúde Mental.

20. Moção de apoio à inserção da categoria "trabalhadora rural" no Cartão SUS

Que seja urgentemente incluída no Cartão SUS a categoria MULHER TRABALHADORA RURAL como profissão específica, visto que as mulheres rurais estão sendo incluídas como "OUTRAS" ou "DO LAR" quando, na realidade, são agricultoras que moram na área rural, com atividades definidas. No Brasil, o número dessas trabalhadoras é bastante significativo, não podendo de forma nenhuma ser ignorado.

21. Moção de sensibilização frente ao crescente aumento da violência no Brasil

Sensíveis ao crescente aumento da violência no país, que vem nos deixando cada dia mais apavorados e suscetíveis ao sofrimento mental, e com o desejo de transformar tal realidade, consideramos necessário que exista uma articulação entre áreas governamentais como os Ministérios da Justiça, Saúde, Educação, entre outros, pois acreditamos que, por meio da educação, pode-se combater a violência. Ao articular estas instâncias para combater a violência, estaremos prevenindo a ocorrência de sofrimento mental ocasionado pela experiência da violência.

22. Moção de protesto à realização do II Fórum Nacional Antidrogas concomitante à III Conferência Nacional de Saúde Mental

Protesto quanto à realização do II Fórum Nacional Antidrogas concomitante à III Conferência Nacional de Saúde Mental, na medida em que o mesmo tema está sendo discutido em ambos os eventos, quando ele é comum, tanto no interesse, quanto no estabelecimento de uma Política Nacional de Prevenção e Tratamento, bem como para as ações subseqüentes. Entendemos, assim, que a Política Nacional de Drogas deveria ser subsidiada pela deliberação da III Conferência Nacional de Saúde Mental, e não discutida/deliberada em instâncias paralelas. Finalmente, tememos pela dissociação/dicotomização das respostas e os possíveis entraves na implantação de ações específicas e equivocadas.

23. Moção de repúdio à ausência do Ministro José Serra na Sessão de Abertura da III Conferência Nacional de Saúde Mental

É inadmissível o não comparecimento do Ministro José Serra em uma Conferência tão importante na conjuntura atual.

24. Moção de apoio à revisão do Benefício de Prestação Continuada

Solicitação para que o Ministério da Previdência e Assistência Social realize a imediata revisão dos critérios da LOAS (art. 20 parágrafo 3º), em relação à renda *per capita* exigida para a con-

cessão do Benefício de Prestação Continuada, que é inferior a ¼ do salário mínimo.

25. Moção de repúdio ao uso de agrotóxicos

Repúdio ao uso de agrotóxicos tendo em vista os grandes problemas de saúde decorrentes de tal uso, em especial dos organofosforados, devido ao fato de que estes, comprovadamente, causam problemas relacionados à saúde mental (depressão maior e suicídio), e estímulo à agroecologia como alternativa a este modelo.

26. Moção de apoio à realização de estudos e pesquisas relacionados ao tema Racismo e Saúde Mental

Considerando que o racismo é um dos fatores que produz sofrimento e doença mental, reivindicamos o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre o impacto do racismo na produção de sofrimento e doença mental.

27. Repúdio à organização da III Conferência Estadual de Saúde Mental do Pará

Repúdio à atitude autoritária e excludente com que o Conselho Estadual de Saúde do Pará ("conselho biônico") conduziu a III Conferência Estadual de Saúde Mental do Pará. A mesma, além de não ter contemplado o tema "Direito, Acesso e Cidadania", excluiu

os delegados do Município de Belém na discussão dos segmentos, impedindo assim a participação deles na III Conferência Nacional de Saúde Mental.

28. Moção de apoio à proibição da propaganda de cigarros e outras substâncias que causem dependência

Apoio à criação de instrumentos legais, com força coercitiva e legitimidade expressamente definidas, para fiscalização e controle, no sentido de tornar proibida toda e qualquer forma de divulgação ou propaganda de produtos ou substâncias que possam causar dependência química, tais como bebidas alcóolicas de toda espécie, tabaco e "drogas pesadas" em quaisquer meios de comunicação, incluindo-se outras formas de divulgação, tais como a Internet.

29. Moção de apoio à criação de instrumentos de captação de recursos destinados ao tratamento e reabilitação no âmbito da dependência química

Como forma de garantir os meios econômico-financeiros imprescindíveis na implementação de programas destinados ao tratamento e reabilitação das doenças mentais provocadas ou desenvolvidas por uso/consumo de algum produto causador de dependência química ou psíquica, que sejam criados, com urgência, mecanismos legais, tendo como pressuposto de cabimento as previsões impostas no Código de Defesa do Consumidor, especificamente os princípios da precaução e da previsão, obrigando todos os

fabricantes desses produtos, nacionais ou não, a reverterem ou destinarem compulsoriamente um percentual mínimo a ser calculado sob alguma base previamente fixada, para um fundo específico, a ser administrado e gerido por Conselho especialmente criado para esta finalidade, com poderes deliberativos e participação paritária, estando representados: doentes, fabricantes, comunidade médico-científica, poder público, e a sociedade civil organizada.

30. Moção de repúdio ao Ministro Pedro Malan

Repúdio ao comportamento do Ministro da Fazenda Pedro Malan por ter negando os recursos para a saúde, contrariando as determinações da PEC/29 (Projeto de Emenda Constitucional).

31. Moção de apoio à regulamentação da profissão de Musicoterapeuta

A musicoterapia tem se constituído, desde a década de 60, em uma prática clínica que se insere na luta pela promoção da saúde e da qualidade de vida no Brasil. A criação da Associação Brasileira de Musicoterapia no Rio de Janeiro, em 1968, no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, marca, já na sua fundação, as estreitas relações da musicoterapia com o campo da saúde mental. Trata-se hoje de uma profissão de nível superior com a sua formação reconhecida pelo Conselho Federal de Educação desde 1978 e com cursos espalhados por todo o país, inclusive em instituições federais e estaduais. Diante disso, declaramos nosso apoio ao projeto de regulamentação da profissão de musicoterapia apresentado pelo Deputado Gonzaga

Patriota (PSB-PE), de número 0441/01, atualmente em tramitação no Congresso Nacional.

32. Moção de apoio ao cumprimento obrigatório de todas as ações garantidas no artigo 196 da Constituição Federal

Apoio ao cumprimento obrigatório do artigo 196 da Constituição Federal, implementando todas as ações necessárias para a efetiva prevenção, tratamento e prestação de serviços específicos de saúde mental para todos, incluindo-se os dependentes químicos em hospitais e clinicas do SUS.

33. Moção de repúdio à Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina

Repúdio à Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina pela manutenção de 470 internos como moradores do Hospital Colônia Sant'ana, em Florianópolis, em condições de exclusão do convívio social, sem direito à dignidade e cidadania, e contrariando as Portarias GM n.º 106/00 e SAS n.º 1.220/00 do Ministério da Saúde.

34. Moção de repúdio à regulamentação da profissão de psicanalista

Repúdio ao Projeto de Lei nº 3.944/00, em tramitação no Congresso Nacional e já vetado na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, que propõe a regulamentação da profissão de psicanalista. Este projeto distorce e fere os princípios fundamentais da formação do psicanalista.

35. Moção de apoio à profissionalização do Agente Comunitário de Saúde

Apoio ao reconhecimento da categoria do Agente Comunitário de Saúde como profissional, visto que estes profissionais trabalham há mais de 20 anos mas "não existem" formalmente. Existem de fato, mas não de direito.

36. Moção de repúdio à Clínica Pinel de Belo Horizonte

Repúdio à atitude da Clínica Pinel S.A (Belo Horizonte) e à omissão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (setores de Controle e Avaliação, Supervisão Hospitalar, Regulação e Coordenação de Saúde Mental) quando, no 1º semestre de 2001, diante das pressões do Ministério Público, e das discussões do PDP (Programa de Desospitalização), foi dada "alta hospitalar" intempestiva pela referida clínica a alguns portadores de sofrimento mental que eram considerados pelo Ministério Público como vivendo na condição de "cárcere privado" e/ou que estavam inscritos no PDP. Essas pessoas foram "entregues" a familiares ou levados para asilos situados em Santa Luzia, sem qualquer proposta de projeto terapêutico ou articulação com Serviços Substitutivos da Rede de Saúde Mental. Além disso, foi burlada a Portaria 054/00, que propunha o fechamento dos leitos utilizados por esses usuários, com a reversão dos recursos das AIHs para os Serviços Substitutivos para a Rede de Saúde Mental do Município.

37. Moção de reconhecimento à Coordenação Municipal de Poços de Caldas, à DRS de Pouso Alegre e à Coordenação Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais

Apoio ao trabalho das comissões organizadoras municipais e estadual pela dinâmica do desenvolvimento das Conferências, à DRS de Pouso Alegre e ao Município de Poços de Caldas e à Prefeitura Municipal que deu total apoio aos seus usuários e trabalhadores para que pudessem participar das Conferências, servindo de exemplo para alguns estados e municípios que negaram esse apoio a seus trabalhadores e usuários.

38. Moção de repúdio à Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental

Repúdio à Comissão Organizadora que não garantiu o direito de participação dos usuários e familiares na condição de coordenadores e relatores de grupo de trabalho na III Conferência Nacional de Saúde Mental, da mesma forma que garantiu para os gestores e profissionais da saúde.

39. Moção de repúdio à posição do Governo Federal diante das perdas de verbas do SUS

Repúdio à atitude do Governo Federal que, através de dois órgãos - Advocacia Geral da União e Procuradoria da Fazenda Nacional – justificou e está concretizando o corte de R$ 6 bilhões

do SUS no período de 2001 a 2004. O corte em 2001, de R$ 1.2 bilhões, seria suficiente para implementar, significativamente, a Reforma Psiquiátrica em nosso país. Esta decisão governamental levará à morte muitas pessoas, devido à perda significativa de recursos para novos investimentos no SUS, razão pela qual vários setores da sociedade civil articulam uma campanha nacional denominada "ERRO QUE MATA".

40. Moção de apoio à criação do Conselho Local de Saúde no HUPES-BA

Apoio à instalação do Conselho Local de Saúde no Hospital Universitário Prof. Edgard Santos - HUPES (Hospital das Clínicas de Salvador) da Universidade Federal da Bahia, nos moldes do SUS (paritário entre usuários/gestores/trabalhadores), com poder de fiscalização e de decisão acima da Diretoria Administrativa.

41. Moção de repúdio ao Governo do Estado de Minas Gerais

Repúdio à iniciativa do Governo do Estado de Minas Gerais que, por intermédio da Secretaria de Estado da Justiça e de Direitos Humanos, está construindo um Manicômio Judiciário no Município de Ribeirão das Neves, naquele Estado, contrariando a legislação vigente e os princípios da Reforma Psiquiátrica no país e naqueles locais, criando, com este ato, mais uma "prisão perpétua" no momento em que se as quer desmontar em todo o país.

42. Moção de apoio à quebra de patentes das medicações psiquiátricas de alto custo

Exigir a quebra de patentes das medicações psiquiátricas de alto custo, com vistas à produção de genéricos que possam abastecer o SUS na medida que a própria indústria farmacêutica tem reconhecido que eles são fundamentais para o tratamento dos transtornos mentais, portanto de grande importância para a saúde pública do país, razão que justifica a quebra das patentes.

43. Moção de apoio à Sra. Vera de Vita

Apoio e solidariedade à Sr.ª Vera de Vita, familiar representante dos portadores de patologias no Conselho Nacional de Saúde, pelo trabalho que vem desenvolvendo junto à Comissão Nacional de Saúde Mental, enfatizando que, por sua contribuição como representante de familiares, não merece ser substituída em sua função por imposição arbitrária de grupos interessados na manutenção dos manicômios.

44. Moção de repúdio à retenção de informações

Repúdio à retenção de informações, o que dificulta a divulgação e o acesso às instâncias do saber e o avanço da Reforma Psiquiátrica no Amazonas, culminando com o desconhecimento e despreparo da representatividade popular do Estado para a participação nas Conferências Municipais, Estadual e Nacional de Saúde Mental.

45. Moção de repúdio ao Governo do Paraná

Repúdio ao Governo do Paraná, que tem deixado muito a desejar em diversas áreas, e em especial nas questões referentes à Reforma Psiquiátrica, incluindo a desorganização para a participação nesta Conferência, excluindo vários delegados que tinham sido nomeados na Conferência Estadual, especialmente dos segmentos dos usuários e trabalhadores.

46. Moção de reconhecimento e agradecimento ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

Reconhecimento e agradecimento ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial por sua importante atuação nas conquistas obtidas no campo das políticas públicas de Saúde Mental nos últimos anos.

47. Moção de repúdio contra a privatização da Assistência Farmacêutica (acesso aos medicamentos)

Repúdio veemente à minuta da Medida Provisória em estudo no âmbito do Ministério da Saúde, que propõe a criação do "Programa Nacional Auxílio Medicamento – FARMASUS". Tal repúdio fundamenta-se nas seguintes questões:

1º. Ausência de discussão democrática e coletiva com os profissionais da área e usuários.

2º. Transferência para o setor privado das ações de assistência farmacêutica que devem garantir aos usuários o acesso aos medicamentos.

3º. Falsa informação de que o acesso à assistência farmacêutica e aos medicamentos será gratuito.

4º. Aniquilamento dos princípios basilares do SUS, pois essa proposta elimina a garantia da Universalidade, da Eqüidade e da Integralidade, assim como do Controle Social, das ações de saúde, na política pública de saúde do país

48. Moção de repúdio aos horários dos vôos deixando assim os delegados sem participar da Sessão Plenária Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental

Os usuários de todos os estados que estão com as viagens de retorno marcadas para o dia 15/12/2001 às 17:00h e 19:00h, reclamam da Comissão Organizadora por estar mandando os usuários antes do término da Plenária Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental no dia 15/12/2001, sem dar condições de ao menos tomar um banho para retornar aos estados alguns delegados de estarem votando as propostas na referida plenária.

49. Moção de apoio à realização de Campanha Educativa em Saúde Mental

Apoio à realização, pelo Ministério da Saúde, de campanha educativa com caráter preventivo, por meio da mídia eletrônica e escrita, inclusive prospectos, cartilhas, adesivos sobre Reforma Psiquiátrica, surto psicótico, tratamentos, medicamentos, evolução das doenças e outros temas, de forma continuada.

50. Moção de reconhecimento e solicitação de data da próxima Conferência

Parabéns à Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental quanto à forma como foram conduzidos os trabalhos, com participação democrática e respeito à cidadania. Elogiáveis as escolhas de hotéis, transporte, alimentação e local da Conferência. O êxito alcançado traz consigo a necessidade de ser marcada a data para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

51. Moção de repúdio aos Deputados Federais que votaram a favor da flexibilização da CLT

Repúdio aos Deputados Federais que vergonhosamente contribuem para a política de exploração dos trabalhadores em favor da concentração de renda de minorias super-privilegiadas, que perversamente retiram a consolidação dos direitos de cidadania de um povo já tão abandonado pelo Estado Brasileiro. Tais Deputados merecem mais que nosso repúdio, merecem nosso desprezo. Repúdio a todas as políticas que querem transformar o povo brasileiro num bando de miseráveis pedintes, desempregados ou famintos. Nenhum país será grande enquanto seus governantes não tiverem respeito pela nação que governam, sentimentos generosos de coletividade e de nacionalidade. Nenhum país alcançará seu grandioso destino enquanto espíritos mesquinhos, oportunistas do poder, se utilizarem das riquezas nacionais, materiais e humanas, como um balcão particular de negócios.

52. Moção de repúdio ao artigo publicado no "Jornal de Hoje" (Natal/RN)

Repúdio ao artigo publicado no "Jornal de Hoje" na cidade de Natal (RN), em 11/12/01, pelo Dr. Severino Lopes, proprietário da "Casa de Saúde Natal", hospital psiquiátrico privado com perfil nitidamente manicomial, conveniado com o SUS. Este senhor foi, até pouco tempo, Presidente da Associação dos Hospitais do Rio Grande do Norte (AHORN). Neste artigo de linguagem radical, com colorido fascista, o autor desqualifica os membros do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, acusando-os de "terroristas partidários do Taliban", confundindo a opinião pública do Estado sobre os verdadeiros objetivos do Movimento da Reforma Psiquiátrica.

53. Moção de repúdio ao Governo Federal e ao Ministério da Saúde

Repúdio às atitudes de falta de transparência do Governo Federal e do Ministério da Saúde que não explicaram o destino dos recursos financeiros que "desapareceram" com a extinção de mais de 30.000 leitos psiquiátricos nos últimos anos, como conseqüência direta do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Que estes recursos retornem como investimento na Rede de Serviços Substitutivos, resgatando a dívida social com as vítimas do modelo manicomial.

54. Moção de indignação ao Ministério da Saúde

Indignação ante a falta de eqüidade na aprovação e repasse dos financiamentos (convênios) para implantação de Serviços

Substitutivos por parte do Ministério da Saúde, ampliando a desigualdade social no Brasil.

55. Moção de apoio à Carta de Araxá (MG)

Apoio à Carta de Araxá, que denuncia o "desfinanciamento" do SUS, o descumprimento pela União e Estados da Emenda Constitucional nº. 29 (EC-29), que aponta a necessidade da revisão da Tabela de Procedimentos e resolve adotar medidas tais como recomendar que nenhum Município mineiro assine os compromissos propostos pela NOAS, sem que antes seja aprovado o Plano Diretor de Investimentos, e que o Estado cumpra efetivamente os compromissos impostos pela EC-29.

56. Moção de repúdio ao Governo da Bahia

Repúdio à decisão do Governo da Bahia de modificar, sem consulta e deliberação da Comissão de Reforma Psiquiátrica, o Projeto de Construção de serviços substitutivos no Hospital Juliano Moreira, aprovado pelo Projeto Reforsus, para em seu lugar, reformar o setor de internação do referido hospital e construir um Centro de Referência em Saúde Mental, contrário à decisão de 09/00 aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde.

57. Moção de repúdio à aplicação de recursos públicos em serviços privados

Repúdio à aplicação de recursos públicos em serviços substitutivos privados, a exemplo do CAPS de Ilhéus - BA, que

funciona anexo ao Hospital Psiquiátrico (privado), enquanto que o Anexo Psiquiátrico (público) está em processo de desativação.

58. Moção de apoio à Reforma Psiquiátrica Italiana (Lei 180/78)

Apoio à Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana (Lei 180/78), que representa referência importante para o Processo de Reforma Brasileira da Saúde Mental, além de constituir-se em patrimônio da humanidade na defesa dos Direitos Humanos. Apoio ainda às iniciativas da Sociedade Italiana de Psiquiatria Democrática, do Conselho Nacional de Saúde e da Sociedade Italiana de Psiquiatria em defesa da Lei. A discussão existente no atual governo italiano, com propostas que visam revogar a referida Lei, provocariam retrocesso na atual organização de saúde mental na Itália.

59. Moção de apoio ao programa de Saúde Mental do Maranhão

Apoio às ações de Saúde Mental propostas, implantadas e implementadas pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, as quais se encontram em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e de acordo com os pressupostos legais normativos, tais como a Lei nº. 10.216, de 06/04/01, trabalhando ainda pela interiorização da assistência em Saúde Mental como estratégia para reversão do modelo assistencial vigente, ainda hospitalocêntrico, excludente e iatrogênico.

60. Moção de repúdio ao "Projeto de exame toxicológico aos alunos da rede municipal de ensino de Rio Branco - Acre"

Repúdio à Câmara Municipal de Rio Branco/AC, que aprovou o "Projeto de exame toxicológico aos alunos da rede municipal de ensino de Rio Branco - Acre", do vereador Donald Fernandes (médico ginecologista e membro fundador de um centro de recuperação para dependentes químicos), que prevê que os alunos da rede municipal de ensino realizem um exame para detectar se utilizaram drogas nos últimos seis meses.

61. Moção de repúdio ao governo Jarbas e FHC

Abordagem: incompetência administrativa, desconstrução, comprometimento com as elites e o FMI. Não avanço do Governo: crise energética, crescimento da pobreza, precarização da qualidade de vida, de trabalho, do social, da seca nordestina – PERNAMBUCO NA PIOR.

Condenamos as ações terroristas e as guerras, mudando a lógica de "DESTRUIÇÃO DA HUMANIDADE" em nome da ganância de meia dúzia de poderosos. A guerra e o terrorismo são formas de eliminar os indefesos e fracos, como a fome já o faz, da mesma forma que condenamos o fanatismo religioso, também o político-econômico.

62. Moção de apoio à liberação de financiamento para serviços substitutivos

Apoio à liberação dos financiamentos para os serviços substitutivos : CAPS, Residências Terapêuticas, inclusive dos projetos que se encontram no Ministério da Saúde para aprovação.

63. Moção de saudade e gratidão

Reconhecimento e gratidão do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira ao médico sanitarista David Capistrano Filho, por protagonizar uma das mais importantes páginas da história da Reforma Psiquiátrica, ao realizar o Congresso de Bauru em 1987, onde surgiu o lema "por uma sociedade sem manicômios", que até hoje inspira o Movimento. Em memória desse saudoso e extraordinário companheiro, a luta antimanicomial continua.

64. Moção de apoio à formulação de uma Política Nacional de Medicamentos em Saúde Mental

Apoio a implementação e execução de uma Política Nacional de Medicamentos em Saúde Mental, com a devida Assistência Farmacêutica, realização de farmacovigilância (identificação e avaliação dos efeitos do uso agudo e prolongado de tratamentos farmacológicos, no conjunto da população ou em grupos de

pacientes expostos a tratamentos específicos) e orientações medicamentosas com informações de efeitos colaterais, interações medicamentosas e reações adversas, como garantia do uso racional, seguro e eficaz dos medicamentos.

65. Moção de solidariedade

Solidariedade ao Sr. Austregésilo Carrano, vítima em sua adolescência do modelo manicomial psiquiátrico vigente, legitimado pelas políticas públicas de saúde mental da época, que corre o risco de sofrer um processo judicial, que o transforma de vítima em réu. Solidariedade e reconhecimento à sua coragem, ao expor publicamente seu sofrimento e sua condição de usuário psiquiátrico, enfrentando o preconceito e estigma social que se reflete nesta condenação injusta.

COMISSÃO ORGANIZADORA

COMITÊ EXECUTIVO

Coordenador Geral – Pedro Gabriel Godinho Delgado
Secretária Geral – Sônia Barros
Secretária Adjunta – Marylene Rocha de Souza
Relator Geral – Eduardo Mourão Vasconcelos
Relatora Adjunta - Fernanda Nicácio

COORDENAÇÃO DE PROGRAMAÇÃO

Ana Maria Fernandes Pitta
Domingos Sávio do Nascimento Alves
Eduardo Mourão Vasconcelos
Fernanda Nicácio
Marcus Vinicíus Oliveira
Miguel Roberto Jorge
Paulo Amarante

COORDENAÇÃO DE ARTICULAÇÃO

Alfredo Schechtman
Fernando Goulart
Maria Paula Cerqueira
Milton Marques
Sandra Fagundes

COORDENAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO E CREDENCIAMENTO

Cláudia Spínola (Credenciamento)
Jaqueline Beserra
Karime da Fonseca Pôrto
Lúcia Figueiredo
Márcia Oliveira
Maria Cristina Costa de Arrochela Lobo

COORDENAÇÃO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

ASCOM/MS
CGDI/MS
Comunicação Social/OPAS
Comunicação Social/CNS

COORDENAÇÃO DE APOIO ÀS DELEGAÇÕES ESTADUAIS

Fernando Goulart
Karime da Fonseca Pôrto
Vera Lúcia Marques Vita

COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE MENTAL DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
Vera Lúcia Marques Vita
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Pedro Gabriel Godinho Delgado
MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL
Paulo Duarte de Carvalho Amarante
FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS
Milton Marques de Medeiros
FÓRUM DE ENTIDADES NACIONAIS DOS TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE
Marcus Vinicius Oliveira e Silva
SECRETARIA DE ESTADO DOS DIREITOS HUMANOS DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Niusarete Margarida de Lima
REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS
Fernando César Goulart
REPRESENTANTE DOS FAMILIARES
Lígia Adélia Falcão da Silva

CONSELHO DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS/CONASS
Maria Paula Cerqueira
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE/CONASEMS
Sandra Fagundes
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA
Miguel Roberto Jorge

GRUPO CONSULTIVO

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
Nelson Rodrigues dos Santos
COORDENADORES ESTADUAIS DE SAÚDE MENTAL (01 coodenador por Macrorregião)
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE/SPS/MS
Márcia Luz da Motta
SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS/SIS/MS
Elizabeth Diniz Barros
INSTITUTO FRANCO BASAGLIA
Domingos Sávio Nascimento Alves
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA/UNB
Eliane Seidl
OPAS/MS
Julio Javier Espíndola
SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA
Ismael Baggio
REPRESENTANTE DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL/OAB
Rosana Chiavassa
REPRESENTANTE DA COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS DA CÂMARA DOS DEPUTADOS
REPRESENTANATE DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
Ivana de Siqueira

APOIO DE INFORMÁTICA

João Ricardo Tormin
Marcos Antônio Dias

APOIO ADMINISTRATIVO

Andréia Itacaramby de Almeida
Guilherme Silva Melão
Lúcia Helena Abade
Maria Bárbara de Freitas Pires
Maria Cláudia Beserra
Tharcyana Maria Lopes Cristovão
Vécia Firmina Teixeira

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL/ASTEC/SAS

Maria Cristina Hoffmann
Renata Weber

COMISSÃO DE RELATORIA

RELATOR GERAL
Eduardo Mourão Vasconcelos

RELATORA ADJUNTA
Fernanda Nicácio

RELATORES DE SÍNTESE
Augusto César de Farias
Elizabeth Mângia
Gustavo Couto

Ivan Moura Fé

Maria Paula Cerqueira

Mirian Abou-Yd

Roberto Tykanori

Sandra Fagundes

APOIO TÉCNICO

Carla Cavalcante

Márcia Aparecida Oliveira

COMISSÃO DE REDAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL

Ana Luiza Aranha

Ana Marta Lobosque

Augusto César de Farias

Eduardo Vasconcelos

Elizabeth Mângia

Fernanda Nicácio

Francisco Drumond

Gustavo Couto

Márcia Aparecida Oliveira

Miriam Abou-Yd

Paulo Amarante

Roberto Tykanori

Sandra Fagundes

REVISÃO

Pedro Gabriel Godinho Delgado

Fernanda Nicácio

Karime da Fonseca Pôrto

Eduardo Mourão Vasconcelos

RELATORES DE GRUPOS

Ana Luiza Aranha
Ana Marta Lobosque
Ana Pitta
Celso Roberto Nunes
Cristina Ventura
Daisy Juperty
Edna Amado
Elizabeth Kiraly
Erotildes Leal
Eva Faleiros
Fernanda Otoni
Flávio Resmini
Humberto Jacques de Medeiros
Iordan Gurgel
Isabel Cristina Lopes
Jacques Ackerman
Jairo Guerra
Judete Ferrari
Lúcia Rosa
Lumena Furtado
Mara Rosato
Marcela Lucena
Marcelo Cruz
Márcia Schmitd de Andrade
Maria Luiza Jaeger
Mark Nápoli
Marta Zappa
Maurício Campelo
Mirian Dias
Mirsa Delosi

Neli Almeida
Paula Cambraia
Paulo Amarante
Paulo Macedo
Renoir da Silva Cunha
Rita Cássia Cavalcanti
Rodolfo Valentim
Rosemary Silva
Sandra Fischetti
Tânia Grigolo

COORDENADORES DE GRUPOS

Carlos Magno
Célia Baqueiros
Cláudia Rossoni
Deusdet Martins
Durval Bezerra
Edmar Oliveira
Eliane Seidl
Elizabete Freitas
Ester Oliveira Correia
Francisco Drumond
Hugo Fagundes
Jane Lemos
Luena Xerez
Madalena Libério
Marcus Vinicius Oliveira e Silva
Maria Helena Jabour
Marisa Fratari
Marta Elizabeth Souza
Merval Fiqueiredo

Messias Liguori Padrão
Milton Marques
Mitio Araujo
Nacile Daúd
Oraida Maria de Abreu
Raimundo Aquino
Regina Bichaff
Rosângela Albim Cecim
Rosano Santos
Silvani Severo
Suely Pinto
Willians Valentini
Wirmond D'Angelis

ANEXOS

Prêmio David Capistrano Filho

Experiências exitosas em Saúde Mental premiadas na III CNSM

- Projeto Girassol – Secretaria Municipal de Saúde de **Ouro Preto/MG**
- Serviços de Atenção em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de **Uberlândia/MG**
- Políticas de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar de **Pelotas/RS**
- Projeto Nossa Casa – Secretaria Municipal de Saúde de **São Lourenço do Sul/RS**
- Saúde Mental e Saúde da Família – PSF – Qualis II Secretaria Estadual de Saúde de **São Paulo**
- Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental – Secretaria Estadual de Saúde de **São Paulo/SP e USP/SP**
- Rede Integral de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de **Sobral/CE**
- Centro de Atenção Psicossocial Ilha da Convivência – Secretaria Municipal de Saúde de **Santo Antonio de Pádua/RJ**
- Projeto: As reformas, sanitária e psiquiátrica, mudando a atenção em saúde mental – Secretaria Municipal de Saúde de **Campinas**
- Centro de referência à população em situação de rua com transtornos mentais maiores – Secretaria Estadual de Saúde do **Rio de Janeiro/RJ**

Menção Honrosa

- Centro de Atenção Psicossocial de **Itanhaém/SP**
- Núcleo de Atenção Psicossocial de **Araguaína/TO**

- NIAPS – Núcleo Integrado de Assistência Psicossocial de **Governador Valadares/MG**
- Centro de Atenção Psicossocial – Ilha de Santa Maria – **Vitória/ES**
- Loucos por você: ação política e solidária para a reversão dos manicômios mentais e assistenciais – **Ipatinga/MG**

III CNSM – Fontes Documentais

1. Termos de referência sobre a III CNSM – **Caderno Informativo -** publicação da ATSM/ASTEC/SAS/MS
2. Legislação da III CNSM – **Caderno Informativo –** publicação da ATSM/ASTEC/SAS/MS

   2.2. Portaria/GM n.º 1.058/01

   2.3. Portaria/GM n.º 1.086/01

   2.4. Resolução CNS n.º 310

   2.5. Recomendação/CNS n.º 018

   2.6. Recomendação/CNS n.º 019

   2.7. Recomendação nº 01 – Comissão Organizadora da III CNSM

   2.8. Regimento da III CNSM

   2.9. Agenda das Conferências Estaduais de Saúde Mental
3. Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde Mental – **Consolidado dos Relatórios Estaduais –**publicação da ATSM/ASTEC/SAS/MS
4. Textos sobre o temário da III CNSM – **Caderno de Textos da III CNSM -** publicação ATSM/ASTEC/SAS/MS
5. Reportagens e Artigos sobre a III CNSM – **Revista da Saúde –** publicação do Conselho Nacional de Saúde – ano II – nº 2 – Dezembro/2001
6. **Legislação em Saúde Mental** – publicação da Coordenação Geral de Documentação e Informação/CGDI/MS - 2001

Programação da Conferência

Dia 11 de dezembro de 2001

Lançamento do Relatório Mundial de Saúde Mental - OPS/OMS
Edição em português

Coordenador: Otávio Mercadante - Chefe de Gabinete do Ministro da Saúde - Brasil

- Benedetto Saraceno, Coordenador do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS – Genebra, Suíça
- Jacobo Finkelman, Representante da Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde/ OPAS-OMS - Brasil
- José Manoel Bertolote, Assessor de Saúde Mental da OMS – Genebra, Suiça
- José Miguel Caldas de Almeida, Coordenador do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OPAS – Washington, EUA
- Pedro Gabriel Delgado – Coordenador Geral da III Conferência Nacional de Saúde Mental/ MS, Brasil

Com a presença de Representações dos Países de Língua Portuguesa

Solenidade de Abertura

- Otávio Mercadante - Chefe de Gabinete do Ministro da Saúde - Brasil
- Jacobo Finkelman, Representante da OPAS/ OMS - Brasil

- Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência à Saúde - SAS/MS
- Pedro Gabriel Delgado, Coordenador da III Conferência Nacional de Saúde Mental – MS
- Nelson Rodrigues dos Santos – Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde - MS
- Fernando Passos Cupertino, Presidente do CONASS
- Sílvio Mendes, Presidente do CONASEMS

CONFERÊNCIA DE ABERTURA

Saúde Mental, Cidadania e Direito ao Cuidado

Conferencista: Benedetto Saraceno (OMS)

Abertura da Mostra "Memória da Loucura"
Módulo Fotográfico do Centro Cultural da Saúde/MS

12 de dezembro de 2001

APROVAÇÃO DO REGULAMENTO INTERNO

Mesa Redonda I: **REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL**

Coordenação: Domingos Sávio do Nascimento Alves – Diretor do Instituto Franco Basaglia – RJ

- Benedetto Saraceno – Diretor do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias - OMS
- Pedro Gabriel Delgado – Coordenador Geral da III Conferência Nacional de Saúde Mental/ MS, Brasil

- José Miguel Caldas de Almeida – Coordenador do Programa de Saúde Mental da OPAS
- Vera de Vita – Coordenadora da Comissão de Saúde Mental – Representante de Familiares – CNS, Brasil

PAINÉIS ESPECÍFICOS

Trabalho, Intervenções Culturais e Processo de Exclusão-Inclusão

Coordenação: João Ferreira Filho – Diretor do IPUB/UFRJ – RJ

- Fernando Kinker – Ex- Coordenador Técnico do Projeto Trabalho - Secretaria Municipal de Saúde – Santos/ SP
- Mark Nápoli - Escola de Samba "Liberdade ainda que Tantan" - Fórum Mineiro de Saúde Mental /MG
- Edvaldo da Silva Nabuco - TV Pinel – Instituto Philippe Pinel - RJ
- Cecília Coimbra - Grupo Tortura Nunca Mais – RJ

AIDS e Saúde Mental

Coordenação: Denise Doneda

- Denise Doneda – Responsável pela Unidade de Prevenção e Coordenação Nacional DST/AIDS – MS
- Domiciano Siqueira – Associação Brasileira de Redutores de Danos – ABORDA – RS
- Sueli Broxado – Secretaria Municipal de Saúde – Niterói – RJ
- Monaliza Nascimento Barros – Centro de Referência em DST/AIDS - Vitória da Conquista - BA

Assistência Farmacêutica em Saúde Mental

Coordenação: Sílvio Mendes

- Sandra Fagundes - Representante do CONASEMS
- Carlos Alberto Pereira Gomes – Gerente Técnico da Assistência Farmacêutica/ MS
- Vera Valente – Coordenadora de Genéricos/ MS
- José Ruben Bonfim – SOBRAVIME – SP

Gênero e Saúde Mental

Coordenação: Wilza Vilela

- Wilza Vilela – Psiquiatra do Instituto de Saúde – Secretaria Estadual de Saúde - SP
- Rubiamara de Lima Souza - Cooperativa Qorpo Santo/ Fórum Gaúcho de Saúde Mental – RS
- Vilma Santana – Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – BA
- Lúcia Rosa – Professora da Universidade Federal do Piauí

Reunião Intercâmbio Internacional

Dia 13 de dezembro de 2001

Mesa Redonda II: **FINANCIAMENTO E RECURSOS HUMANOS**

Coordenação: Sônia Barros – Coordenadora da ASTEC/SAS/MS

- Gastão Wagner de Souza Campos – Secretário Municipal de Saúde de Campinas - CONASEMS

- Maria Helena Brandão – Diretora do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência/MS
- Ana Marta Lobosque – Psiquiatra do CERSAM/BH – MG
- Maria Luiza Jaeger – Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

PAINÉIS ESPECÍFICOS

Solenidade de Premiação das Experiências Exitosas

Reforma Psiquiátrica: Desafios da Gestão

Coordenação: Barjas Negri – Secretário Executivo do MS

- Renilson Rehem de Souza – Secretário de Assistência à Saúde/MS
- Gilson Cantarino – Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro/ CONASS
- Luis Odorico Monteiro Andrade – Secretaria Municipal de Saúde de Sobral - CE

Atendimento Psicossocial a Crianças e Adolescentes

Coordenação: Julio Javier Espíndola – Representante da OPAS

- Westio Y. Conde Júnior – Promotoria de Infância e Adolescência do Ministério Público de Pernambuco – PE
- Cristina Ventura – Coordenadora do Fórum de Crianças e Adolescentes da Secretaria Estadual de Saúde – RJ
- Luciano Elia – Supervisor do CAPS Pequeno Hans, do Rio de Janeiro – RJ

Atenção Psicossocial à População de Rua

Coordenação: Maria Tavares

- Rosemare Silva – Psicóloga da Prefeitura Municipal de São Paulo – SP
- Cristina Bove – Representante da Pastoral de Rua/ CNBB
- Adriana Kuchembecker – Psiquiatra da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre - RS
- Maria Tavares – Psiquiatra do Programa de Atendimento à População de Rua – SES/RJ

Psiquiatria e Justiça

Coordenação: Ester Oliveira Correia – Diretora do Centro de Apoio Técnico do Ministério Público - PE

- Talvane Marins de Moraes – Instituto de Psiquiatria da UFRJ – RJ
- Geraldo Feix – Procurador de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul
- Fernanda Otoni – Supervisora Geral do Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário – PAI/PJ - MG
- Ana Cristina de Souza - SOS - Direitos do Paciente – Instituto Franco Basaglia – RJ

Ações Antidiscriminatórias e de Inclusão

Coordenação: Miriam Abou-Yd

- Milton Freire – Grupo Condição Humana/Instituto Franco Basaglia – RJ

- Deputado Paulo Delgado – MG
- Auro Lescher – Professor da Escola Paulista de Medicina - Projeto Pixote - SP
- Cecília Vilares - Projeto SOeSq – Associação Mundial de Psiquiatria e ABP - SP
- Miriam Abou-Yd - Fórum Mineiro de Saúde Mental – MG
- Richard Weingarten – Diretor de Assuntos dos Usuários – Serviço de Saúde Mental de New Haven – Connecticut – EUA

Experiências Internacionais de Reforma Psiquiátrica

Coordenação: Ana Pitta – Coordenadora Estadual de Saúde Mental – SP

- Ernesto Venturini – Diretor do Serviço de Saúde Mental de Ímola, Itália
- Manuel Desviat – Diretor do Serviço de Saúde Mental de Leganés – Madrid, Espanha
- Mariella Genchi – Diretório Nacional do Movimento de Psiquiatria Democrática – Bari – Itália

Participação de outros países convidados

TEATRO DO INCONSCIENTE – Cia. Teatral Ueinzz

Dia 14 de dezembro

Mesa Redonda III - **CONTROLE SOCIAL E DIREITO**

Coordenação: Nelson Rodrigues dos Santos – Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde/ MS

- Humberto Jacques de Medeiros – Procurador da República – Ministério Público Federal

- Roberto Tykanori – Psiquiatra da Secretaria Municipal de Santos – SP
- Lígia Adélia Falcão da Silva – Representante dos Familiares na Comissão Intersetrial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde/ MS
- Fernando Goulart – Representante dos Usuários na Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional Saúde/MS

PAINÉIS ESPECÍFICOS

Serviços Residenciais Terapêuticos

Coordenação: Willians Valentini

- Willians Valentini – Superintendente do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira – Campinas – SP
- Fátima Fischer – Fórum das Políticas Sociais da Secretaria Geral do Governo - RS
- Paulo Fagundes – Diretor da Colônia Juliano Moreira – Rio de Janeiro – RJ
- Terezinha Dias Pinto – Moradora do Conjunto Habitacional Branca Sales - Ribeirão Preto – SP
- Mirsa Dellosi – Coordenadora de Saúde Mental do Interior, da Secretaria de Estado de Saúde – SP
- Edson Tadeu Frogoaz de Souza - Projeto Moradia CAPS Itapeva - SP

Álcool e Drogas e o campo da Saúde Mental

Coordenação: Sueli Moreira Rodrigues – Área Técnica de Álcool e Drogas/ ASTEC - MS

- Marcelo Cruz – Professor do IPUB/ ABRASCO – RJ
- Décio Castro Alves – Coordenador de Saúde Mental de Santo André - SP
- Antônio Nery Filho – Diretor do Centro de Estudos e Tratamento de Drogas – CEAD - BA
- Mônica Gorgulho – Presidenta da Rede Brasileira de Redução de Danos – SP
- Regina Cássia dos Reis Almeida – Coordenadora do CAPS Dependência Química/ Natal – RN

Saúde Mental na Terceira Idade

Coordenação: Jorge Alexandre Silvestre

- Jorge Alexandre Silvestre – Coordenador da Área Técnica Saúde do Idoso
- Margarida Santos – Universidade Federal de Pernambuco
- Annete Leibing – Coordenadora de Atenção Diária para pacientes com Alzheimer – IPUB/RJ
- Deputado Marcos Rolim – Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados
- Leda Dantas – Confederação Nacional dos Aposentados Conselheira do CNS

Saúde Mental na Atenção Básica

Coordenação: Cláudio Duarte da Fonseca – Secretário de Políticas de Saúde/MS

- Florianita Campos – Coordenadora Municipal de Saúde Mental de Campinas – SP

- Gustavo Couto – Assessor Especial da Secretaria Municipal de Recife - PE
- Antônio Lancetti – Coordenador do Projeto QUALIS – SP
- Lídia Dias Costa - Coordenadora Municipal de Saúde Mental – Aracati – CE
- Rosângela Ceccim – Coordenadora do Programa de Saúde da Família – Belém - PA

Pluralidade étnica, discriminação e saúde mental

Coordenação: Sônia Barros – Coordenadora da Assessoria Técnica/ Secretaria de Assistência à Saúde/MS

- Edna Rolland – Presidente da Organização de Mulheres Negras - Fala Preta – SP
- Stéphano Malysse – Professor do Departamento de Ciências Sociais e Antropologia da Universidade Federal da Bahia - BA
- Damiana Pereira de Miranda – AMMA - Psique e Negritude – ONG - SP
- José Jorge de Carvalho – Professor do Departamento de Antropologia/ UnB – DF

Dia 15 de dezembro

Plenária Final

CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE MENTAL - 2001

NORTE

Acre	17 e 18 de outubro
Rondônia	26 e 27 de outubro
Roraima	20 a 22 de novembro
Pará	13 e 14 de novembro
Amazonas	12 e 13 de novembro
Amapá	23 e 24 de novembro
Tocantins	01 de novembro

NORDESTE

Piauí	16 e 17 de outubro
Paraíba	06 a 08 de novembro
Sergipe	08 e 09 de novembro
Pernambuco	09 e 10 de novembro
Alagoas	12 a 14 de novembro
Rio Grande do Norte	13 e 14 de novembro
Maranhão	15 a 18 de novembro
Bahia	12 e 13 de novembro
Ceará	13 e 14 de novembro

SUDESTE

Espírito Santo	09 a 11 de outubro
Minas Gerais	05 a 07 de novembro
Rio de Janeiro	07 a 11 de novembro
São Paulo	15 a 17 de novembro

SUL

Santa Catarina	08 e 09 de novembro
Paraná	10 de novembro (Plenária) Conferência Estadual: agosto de 2000
Rio Grande do Sul	08 a 11 de novembro

CENTRO-OESTE

Distrito Federal	07 a 11 de novembro
Goiás	06 e 07 de novembro
Mato Grosso do Sul	31 de outubro e 01 de novembro
Mato Grosso	29 e 30 de outubro

Esta obra foi composta em GarmdITCBkCnBT e impressa nas oficinas da Athalaia Gráfica e Editora Ltda, no sistema off-set sobre papel couchê matte 90g/m^2, com capa em papel Cartão Supremo 250g/m^2, em setembro de 2002, para o Ministério da Saúde.