



**5ª CONFERÊNCIA
NACIONAL
DE SAÚDE MENTAL
DOMINGOS SÁVIO**

RELATÓRIO FINAL

RELATÓRIO FINAL DA 5ª CNSM – DOMINGOS SÁVIO

Brasília, março de 2025

Sumário

1. HOMENAGEM A DOMINGOS SÁVIO.....	9
2. APRESENTAÇÃO: Saúde Mental é democracia, cuidado em liberdade, justiça social e diversidade! Por uma sociedade sem manicômios!	12
3. TEMAS DA CONFERÊNCIA.....	17
4. PLENÁRIA DE ABERTURA	19
5. TENDA PAULO FREIRE	36
6. MESAS DE DEBATES	38
7. ATIVIDADES AUTOGESTIONADAS.....	54
8. MARCHA EM DEFESA DO SUS, DA DEMOCRACIA E POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS.....	61
9. TRIBUNA LIVRE	63
10. FEIRA DE ECONOMIA SOLIDÁRIA.....	64
11. ATIVIDADES CULTURAIS.....	68
12. DOCUMENTOS E NORMATIVAS.....	70
13. REGULAMENTO	73
14. PROGRAMAÇÃO	83
15. CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS PESSOAS PARTICIPANTES DA ETAPA NACIONAL □ DISTRIBUIÇÃO DOS SEGMENTOS POR ORIGEM DE PESSOA DELEGADA.....	84
Figura 2. Distribuição dos Segmentos por Origem de Pessoa Delegada.....	85
Figura 3. Distribuição de participantes - pessoas delegadas por Estado e DF.....	86
16. CALENDÁRIO DAS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL	87
17. QUADRO COM NÚMERO DE CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS E MACRORREGIONAIS POR ESTADO E DF, E TOTAL ESTIMADO DE MUNICÍPIOS MOBILIZADOS EM ETAPAS MUNICIPAIS E MACRORREGIONAIS	88
18. QUADRO DE CONFERÊNCIAS LIVRES NACIONAIS	89
19. QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DAS PROPOSTAS POR EIXO E SUBEIXO NO RELATÓRIO NACIONAL CONSOLIDADO (2023)	92
20. SÍNTESE DAS PROPOSTAS E MOÇÕES APROVADAS	94
EIXO I - CUIDADO EM LIBERDADE COMO GARANTIA DE DIREITO À CIDADANIA.....	96
1. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E CUIDADO EM LIBERDADE NA RAPS SUBSTITUTIVA À LÓGICA MANICOMIAL.....	96



2. CIDADANIA, DIREITOS HUMANOS, PARTICIPAÇÃO E PROTAGONISMO DE PESSOAS USUÁRIAS E FAMILIARES	106
3. SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS	109
4. SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS: GARANTIA DE DIREITOS, PROTAGONISMO E INTERSETORIALIDADE.....	111
5. SAÚDE MENTAL DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E/OU EM CONFLITO COM A LEI, E DIVERSAS FORMAS DE VIOLÊNCIA E ENCARCERAMENTO DE POPULAÇÕES PERIFÉRICAS	114
6. PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DO SUICÍDIO.....	117
EIXO II - GESTÃO, FINANCIAMENTO, FORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GARANTIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.....	118
7. GESTÃO E FINANCIAMENTO DA PNSMAD NO SUS PÚBLICO E UNIVERSAL.....	118
8. GESTÃO E TRABALHO NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (PNSMAD).....	120
9. FORMAÇÃO E DIVERSAS FORMAS DE EDUCAÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DA RAPS	121
10. PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS E NA RAPS	124
EIXO III - POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OS PRINCÍPIOS DO SUS: UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE.....	126
11. INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE NA RAPS SUBSTITUTIVA À LÓGICA MANICOMIAL	126
12. UNIVERSALIDADE, ATENÇÃO BÁSICA E A RAPS SUBSTITUTIVA À LÓGICA MANICOMIAL	128
13. SAÚDE MENTAL, EQUIDADE, DIVERSIDADE, INTERSECCIONALIDADE E AS POPULAÇÕES ESPECÍFICAS, TRADICIONAIS E/OU EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL	130
14. SAÚDE MENTAL DE POVOS INDÍGENAS	131
15. SAÚDE MENTAL E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	132
16. SAÚDE MENTAL E POPULAÇÕES MIGRANTES, REFUGIADAS E APÁTRIDAS	133
17. SAÚDE MENTAL E POPULAÇÃO NEGRA.....	133
18. SAÚDE MENTAL, GÊNERO E POPULAÇÃO LGBTQIAPN+.....	134
19. REFORMA PSIQUIÁTRICA E REFORMA SANITÁRIA NO SUS PÚBLICO E UNIVERSAL.....	136
EIXO IV - IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO E OS DESAFIOS PARA O CUIDADO PSICOSSOCIAL DURANTE E PÓS PANDEMIA	139
20. A PANDEMIA DE COVID-19: DESAFIOS DO CUIDADO PSICOSSOCIAL E IMPACTO NA SAÚDE E SAÚDE MENTAL DOS GRUPOS POPULACIONAIS MAIS AFETADOS E DOS TRABALHADORES QUE ATUARAM DURANTE E APÓS A SUA FASE MAIS AGUDA	139



21. PROPOSTAS E MOÇÕES APROVADAS.....	142
EIXO 1 - Cuidado em liberdade como garantia de direito à cidadania	144
Subeixo A - Desinstitucionalização: Residências terapêuticas, fechamento de hospitais psiquiátricos e ampliação do Programa de Volta para Casa	144
Subeixo B - Redução de danos e atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.....	152
Subeixo C - Saúde mental na infância, adolescência e juventude: atenção integral e o direito à convivência familiar e comunitária.....	158
Subeixo D - Saúde mental no sistema prisional na luta contra a criminalização dos(as) sujeitos(as) e encarceramento das periferias.....	165
Subeixo E - Diversas formas de violência, opressão e cuidado em Saúde Mental.....	167
Subeixo F - Prevenção e posvenção do suicídio e integralidade no cuidado.....	169
EIXO 2 - Gestão, financiamento, formação e participação Social na garantia de serviços de saúde mental	170
Subeixo A - Garantia de financiamento público para a manutenção e ampliação da política pública de saúde mental.....	170
Subeixo B - Formação acadêmica, profissional e desenvolvimento curricular, compatíveis à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	172
Subeixo C - Controle social e participação social na formulação e na avaliação da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.....	174
Subeixo D - Educação continuada e permanente para os(as) trabalhadores(as) de saúde mental	179
Subeixo E - Acesso à informação e uso de tecnologias de comunicação na democratização da política de saúde mental.....	188
Subeixo F - Financiamento e responsabilidades nas três esferas de gestão (federal, estadual/distrital e municipal) na implementação da política de saúde mental	188
Subeixo G - Acompanhamento da gestão, planejamento e monitoramento das ações de saúde mental	193
EIXO 3 - Política de saúde mental e os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade.....	201
Subeixo A - Intersetorialidade e integralidade do cuidado individual e coletivo da Política de Saúde Mental	201
Subeixo B - Equidade, diversidade e interseccionalidade na política de saúde mental.....	207
Subeixo C - Garantia do acesso universal em saúde mental, atenção primária e promoção da saúde, e práticas clínicas no território.....	213
Subeixo D - Reforma psiquiátrica, reforma sanitária e o SUS	223
EIXO 4 - Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-pandemia	226
Subeixo A - Agravamento das crises econômica, política, social e sanitária e os impactos na saúde mental da população principalmente as vulnerabilizadas.....	226



Subeixo B - Inovações do cuidado psicossocial no período da pandemia e possibilidade de continuar seu uso, incluindo-se, entre outras, as ferramentas à distância.....	228
Subeixo C - Saúde do(a) trabalhador(a) de saúde e adoecimento decorrente da precarização das condições de trabalho durante e após a emergência sanitária	231
22. COMISSÃO EXECUTIVA.....	261
23. COMISSÃO ORGANIZADORA.....	262
24. COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO.....	263
25. COMISSÃO DE ARTE, CULTURA E EDUCAÇÃO POPULAR	264
26. COMISSÃO DE INFRAESTRUTURA.....	265
27. COMISSÃO DE FORMULAÇÃO E RELATORIA.....	265
28. EQUIPE AMPLIADA DE RELATORIA	267
29. GRUPO DE TRABALHO DE ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL.....	271
30. PESSOAS COORDENADORAS E SECRETÁRIAS DOS GRUPOS DE TRABALHO	271
ANEXO - LEGISLAÇÃO, NORMATIVAS E OUTROS TERMOS CITADOS NAS PROPOSTAS.....	272



LISTA DE SIGLAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APAC: Associação de Proteção e Assistência aos Condenados

APA: Programa de Acompanhamento da Saúde da Pessoa com Deficiência

APD: Estratégia "Apoiador da Pessoa com Deficiência"

APS: Atenção Primária à Saúde

CAD-Único: Cadastro Único

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas

CAPSi ou CAPSiJ: Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil

CEAF: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CECO: Centro de Convivência e Cultura (ver também CECCO)

CECCO: Centro de Convivência e Cooperativa

CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CIST: Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador

CnaR: Consultório na Rua

CNE: Conselho Nacional de Educação

CNJ: Conselho Nacional de Justiça

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONECTE-SUS: Plataforma de saúde para o cidadão, profissionais e gestores de saúde

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

CT: Comunidades Terapêuticas



CTSPN: Comitê Técnico de Saúde da População Negra

DESMAD: Departamento Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

DSEI: Distrito Sanitário Especial Indígena

EAB: Equipe de Atenção Básica

EAP: Equipe de Atenção Primária

eAPP: equipe de Atenção Primária Prisional

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

EPS: Educação Permanente em Saúde

ESF: Estratégia Saúde da Família

e-SUS APS: Estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional que incluirá o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)

HCTP: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HG: Hospital Geral

HP: Hospital Psiquiátrico

IAE-PI: Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas

LGBTQIA+/LGBTQIAPN+: Sigla que abrange pessoas Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Poli, Não-binárias e mais

LOA: Lei do Orçamento Anual

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB: Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

NASI: Núcleo de Apoio à Saúde Indígena

PAB: Piso da Atenção Básica

PAI: Programa de Acompanhante de Idosos

PAILI: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PCCS: Plano de Cargos, Carreiras e Salários



PCD: Pessoa com Deficiência

PCDT: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PEC: Prontuário Eletrônico do Cidadão

PET-SAÚDE: Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde

PICS: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNEPS-SUS: Política Nacional de Educação Popular em Saúde

PNSIPN: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNSMAD: Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

PSE: Programa Saúde na Escola

PVC: Programa de Volta para Casa

OIT: Organização Internacional do Trabalho

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RAS: Rede de Atenção à Saúde

REMUNE: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RNDS: Rede Nacional de Dados em Saúde

RUE: Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAIPS: Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESAI: Secretaria de Saúde Indígena

SETRABES: Secretaria do Trabalho e Bem-Estar Social do Estado de Roraima

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SISREG: Sistema de Regulação



SPA: Substâncias Psicoativas

SRT: Serviço Residencial Terapêutico

SUAS: Sistema Único de Assistência Social

SUS: Sistema Único de Saúde

TDH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TEA: Transtorno do Espectro Autista

TIC: Tecnologias da Informação e da Comunicação

UAA: Unidades de Acolhimento Adulto

UAI: Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil

UPA: Unidades de Pronto Atendimento



1. HOMENAGEM A DOMINGOS SÁVIO



Crédito da Foto: Internet. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/5a-cnsm/domingos-savio> Acessado em: 19 Out. 2024

Domingos Sávio do Nascimento Alves, renomado médico neurologista e sanitarista brasileiro, com especialização em Psiquiatria Social pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), foi um dos principais mentores da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), cuja atuação como gestor da política nacional de saúde mental na década de 1990 foi decisiva para os avanços do campo.

Assim, nomear a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental de “Domingos Sávio” constituiu um reconhecimento da resistência do movimento de RPB, simbolizando a retomada dos seus pressupostos éticos, teóricos e políticos, em um contexto de reconstrução das políticas públicas, desde o início do terceiro Governo Lula, em janeiro de 2023 (DELGADO, 2024).

Domingos Sávio atuou na Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, na década de 80, chegando até o cargo de diretor, no apoio ao processo de transformação e abertura da instituição asilar, denunciada por maus tratos. Também nesta cidade se destaca sua atuação, por mais de 10 anos, como presidente do Instituto Franco Basaglia (IFB), organização civil de defesa dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, com agenciamentos significativos na implantação dos CAPS na região e em iniciativas culturais, a exemplo do Bloco Carnavalesco *Tá pirando, pirado, pirou*.

Assumiu a coordenação da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em 1990, investiu na criação e normatização de serviços, aspecto fundamental para a construção da Política Nacional de Saúde Mental, fruto da RPB e da Luta Antimanicomial. Construiu, com sua equipe, um legado contundente, que permitiu que as coordenações posteriores avançassem em projetos políticos sustentados em valores como a desinstitucionalização, o protagonismo de pessoas usuárias dos serviços e familiares, a articulação de rede e o cuidado em liberdade.



Na perspectiva de Delgado (2024), seu feito mais extraordinário como gestor público foi garantir espaço político nas instâncias de gestão do SUS para o debate sobre a RPB, aquecido nos anos 1990 em torno do projeto que se tornaria a Lei Nacional de Reforma Psiquiátrica (Lei Federal nº 10.216), conhecida como Lei Paulo Delgado, que tramitou ao longo de 12 anos até ser aprovada em 2001. Nesse cenário, articular a convocação e realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1992, foi estratégico.

Foi um dos representantes brasileiros em Caracas, em 1990, na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, no contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), que abordou a transformação do modelo asilar na direção de serviços comunitários de saúde mental, realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), e que gerou a Declaração de Caracas, documento estratégico do processo de reforma psiquiátrica no continente e, em particular, no Brasil.

Destacou-se não apenas pela competência clínica, mas sobretudo por sua sabedoria como gestor e líder, tornando-se uma referência respeitada por todo o país. Por sua excelência profissional, recebeu diversos prêmios, dentre os quais: Medalha do Mérito Médico (2001), da Presidência da República (2005); Menção Honrosa, pela Organização Pan-Americana da Saúde (2009) e Medalha de Mérito Oswaldo Cruz, pelo Ministério da Saúde.

“A História é mudança contínua, mas não se faz sem referências e memória.” (DELGADO, 2024, p. 232). Nesta compreensão reside a importância de a 5ª CNSM carregar essa memória de luta contínua e resistência, em um país marcado por tanta injustiça social. O processo de preparação da conferência se estendeu longamente, a ponto de atravessar uma mudança de governo – até ser finalmente garantida a sua realização em 2023. Assim, além das várias palavras de ordem entoadas, como “Fora CT (comunidades terapêuticas)”, tão presente nos dias do encontro, de algum modo também se ouvia o canto: *Domingos Sávio! Presente! Presente! Presente!*

Referências:

Departamento Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD), Ministério da Saúde. Domingos Sávio: Sanitarista homenageado na 5ª CNSM é referência na história da Saúde Mental no Brasil. Disponível em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/5a-cnsm/domingos-savio>> Acessado em: 19 Out. 2024.

DELGADO, Pedro Gabriel G. Generosidade, sabedoria, coragem e retidão de Domingos Sávio Alves. **Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 226-232, jan/abr, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80437>>





Homenagem a Domingos Sávio na Plenária de Abertura.
Da esquerda para direita: Fernando Pigatto (Presidente do CNS); Regina Ferro do Lago (pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais da ENSP, que foi esposa de Domingos Sávio); Nísia Trindade (a Ministra da Saúde); Sônia Barros (a Diretora do Departamento Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DESMAD).

Fonte: CNS.



Da esquerda para direita: Manoel Desviat; Sônia Barros; Maria do Socorro Dantas Ferreira; Neli Almeida; Adebai Ferreira Silva; Regina Ferro do Lago; Ana Pitta; Alfredo Schechtman; Pedro Gabriel Delgado.

Fonte: CNS





Momentos da montagem da instalação de Homenagem a Domingos Sávio.
Fotos: Fernanda da Guia

2. APRESENTAÇÃO: Saúde Mental é democracia, cuidado em liberdade, justiça social e diversidade! Por uma sociedade sem manicômios!



A etapa nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio (5ª CNSM), cujo tema central foi “A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS”, aconteceu em Brasília, de 11 a 14 de dezembro de 2023. Convocada pela Resolução nº 652, de 4 de dezembro de 2020, organizada e realizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pelo Ministério da Saúde (MS), caracterizou-se como o principal evento de participação social da área no Brasil.

Ao ter como metas principais a formulação de diretrizes para a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (PNSMAD) enquanto política de Estado e o avanço de programas e ações, a 5ª CNSM constituiu um espaço fundamental para o debate democrático e atualização das políticas públicas no campo, conforme estabelecido pela legislação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua realização representou um marco significativo no processo histórico de luta e resistência, na direção de consolidar a política de saúde mental de base comunitária e substitutiva à lógica asilar, tendo a desinstitucionalização como principal diretriz e o cuidado em liberdade como orientação.

Realizada 13 anos após a 4ª CNSM – Intersetorial (2010), constituiu uma resposta à longa espera da sociedade, tendo sido o maior intervalo entre conferências de saúde mental até agora. A organização da conferência foi presidida pela Ministra da Saúde, com Coordenação Geral da Presidência do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Coordenação Geral-Adjunta da Coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM/CNS). Contou com a participação ativa de atores dos mais diversos segmentos, como trabalhadoras(es)/profissionais de saúde, gestoras(es), pessoas usuárias das RAPS e familiares e pesquisadoras(es) da área. Foram constituídas seis comissões: Comissão Executiva; Comissão Organizadora; Comissão de Comunicação e Mobilização; Comissão de Formulação e Relatoria; Comissão de Arte, Cultura e Educação Popular; Comissão de Saúde e Infraestrutura.

Seu processo de mobilização e organização tomou corpo por 3 longos anos, com início em 2020, em um período de significativos retrocessos na vida democrática e na área dos direitos sociais, que impactaram também o campo da Saúde Mental, no auge do processo caracterizado como “contrarreforma psiquiátrica”.

Diante de um panorama desafiador de crises sanitárias, políticas, sociais e econômicas recentes, que colocava um conjunto de desafios a todos os coletivos, instituições e pessoas que lutam, intransigentemente, em defesa da democracia, dos Direitos Humanos e da exigência de superação das profundas desigualdades sociais, a conferência destacou-se como uma resposta vital a esse quadro. A revisão das políticas de saúde mental no período de 2015 a 2022, e as alterações nas suas diretrizes administrativas, constituiu-se como uma dimensão importante das discussões.

Com a mudança de governo e na gestão da saúde em maio de 2016, o país passou por grandes transformações. A subsequente implementação da Emenda Constitucional 95/2016, que congelou os gastos públicos por 20 anos, marcou um período de desafios para o financiamento do SUS. A Resolução 32, de 14 de dezembro de 2017, da



Comissão Intergestores Tripartite (CIT), trouxe um retorno a modelos de cuidado hospitalares, um contrassenso em relação às recomendações da Reforma Psiquiátrica. Adicionalmente, a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, alterou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), sem consulta à sociedade civil e ao CNS. Em 2018, o CNS pediu formalmente sua revogação, que só ocorreu em 21 de junho de 2023, com a publicação da Portaria GM/MS nº 757, já sob nova gestão federal. A organização da 5ª CNSM enfrentou ainda o maior desafio das conferências organizadas pelo CNS: a trágica pandemia de COVID-19. Este cenário exigiu decisões sobre a metodologia de realização da etapa nacional, tendo sido considerada inclusive a adoção do formato híbrido, que posteriormente foi utilizado em etapas municipais e em conferências livres.

Considerando esse cenário, é perceptível que os desafios organizacionais foram significativos, destacando-se a indefinição orçamentária para realização da conferência que perdurou até 2023, o que levou o CNS a emitir a Recomendação nº 15, de 13 de junho de 2022, enfatizando a necessidade de um posicionamento oficial do MS sobre a realização da 5ª CNSM, visando um planejamento viável, sob a administração do novo governo, potencialmente mais atento às necessidades da saúde mental.

A entrada do novo governo federal em janeiro de 2023 foi um sinal de esperança. O Departamento Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD) do Ministério da Saúde foi reestruturado, retomando a perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com o compromisso de financiamento para garantir a realização da conferência e a indicação efetiva de representantes da gestão em sua organização. Essa iniciativa possibilitou uma agenda positiva de mobilização e debates para elaboração de diretrizes e propostas para a PNSMAD, permitindo que a 5ª CNSM finalmente acontecesse em dezembro do mesmo ano.

Dentre as medidas implementadas com vistas à ampliação da participação social destacaram-se as conferências livres, promovendo a mobilização de diversos atores na luta em defesa de uma saúde mental equânime e universal e a ampliação da participação de pessoas usuárias e familiares na delegação, com a incorporação da diversidade de temas que compõem e renovam a agenda da saúde mental. As conferências livres envolveram estudantes, pessoas pesquisadoras, a população em geral e, principalmente, pessoas usuárias e familiares da RAPS, que foram fundamentais na construção das proposituras.

No que tange à participação social, as conferências viabilizaram a presença ativa de pessoas usuárias, familiares, profissionais e pessoas gestoras de saúde e de outros setores. No total, foram realizadas 27 conferências estaduais e 37 conferências livres nacionais. Estima-se que, na etapa nacional, foram credenciadas 2.333 pessoas, das quais 1.397 foram delegadas das etapas estaduais e conferências livres nacionais, marcando um momento crucial para a revitalização e avanço da Saúde Mental. Além das delegações, o conjunto das pessoas participantes compuseram dispositivos diversos, como: atividades autogestionadas, Tenda Paulo Freire, programações culturais, feira de economia solidária, equipes de apoio e acompanhamento em saúde. Participaram também pessoas convidadas nacionais e internacionais.



A programação da 5ª CNSM se inspirou na superação do modelo asilar, pela defesa da RAPS substitutiva à lógica manicomial, na intenção de cultivar um ambiente democrático e plural. Dentre as atividades não deliberativas cabe um destaque para as Atividades Autogestionadas e para a Tribuna Livre, bem como para as intervenções culturais - muitas das quais aconteceram na Tenda Paulo Freire -, e que trouxeram acolhimento e troca de experiências, reafirmando a importância da arte no cuidado de si e de outras(os). Também houve a oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Espaço de Cuidados - proporcionando momentos de bem-estar para conferencistas.

Para as atividades deliberativas, um conjunto de 657 propostas advindas da sistematização das propostas das 27 Conferências Estaduais e do DF e das 37 Conferências Livres Nacionais, e que constituiu o Relatório Nacional Consolidado, foi posto para análise pelos Grupos de Trabalho. No total, foram aprovadas 618 propostas além de 29 moções na Plenária Final da 5ª CNSM. Posteriormente, houve a apreciação e aprovação de 3 recursos sobre moções apresentados ao CNS, totalizando, então, 32 moções aprovadas.

O conjunto das propostas e moções aprovadas reafirmou pressupostos éticos, teóricos e políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: o cuidado em liberdade; a garantia/promoção de direitos; a desinstitucionalização; a perspectiva de redução de danos; a intersetorialidade, no contexto de defesa do SUS público, universal, gratuito, com participação social, assegurando a equidade e a integralidade. Tais premissas são inteiramente compatíveis com a Lei Federal 10.216/2001 e se afinam com as diretrizes e propostas consolidadas na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, enquanto Política de Estado, e nas quatro conferências nacionais de saúde mental anteriores, realizadas respectivamente em 1987, 1992, 2001 e 2010, sendo a última Intersetorial.

Os debates e deliberações durante a 5ª CNSM enfatizaram a necessidade de retomada do investimento na rede substitutiva à lógica asilar, comprometida com o cuidado de base comunitária e territorial, com destaque para o fechamento e inviabilização do financiamento de instituições de caráter asilar, como hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e as denominadas comunidades terapêuticas.

A 5ª CNSM reafirmou o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional, intersetorial e plural, tendo como componente fundamental a integralidade do cuidado social e da saúde em geral. A saúde mental insere-se no campo da saúde e, ao mesmo tempo, o transcende, com interfaces importantes e necessárias com os campos dos Direitos Humanos, assistência social, educação, Justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes.

Este Relatório Final registra e apresenta o conjunto das atividades realizadas durante a 5ª CNSM, com a lista de seus respectivos participantes, e uma leitura mais aprofundada, em caráter sintético, sobre os principais temas que constam nas propostas e moções aprovadas. Neste sentido, significa em primeiro lugar uma síntese do estado da arte no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, com um resgate histórico das principais conquistas e de inovações implementadas até este momento e que se



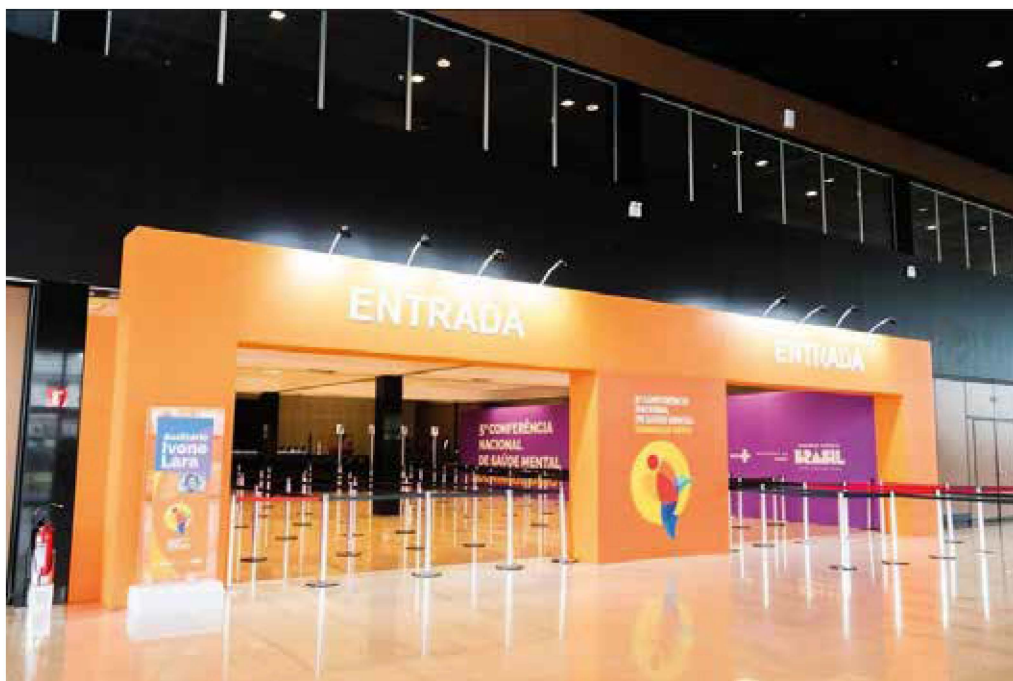
reivindica que sejam expandidas, como também de mudanças e superação de serviços, leis e normas que foram avaliadas como incompatíveis com o processo histórico de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial. Em segundo, intenta subsidiar e orientar nos próximos anos tomadas de decisões em nível federal, estadual e municipal na elaboração de leis e na implementação das políticas de saúde mental, álcool e outras drogas. Configura-se, ainda, como referência para orientar a criação e/ou ajustes nas políticas públicas intersetoriais relacionadas ao campo, promover a adoção de práticas alinhadas com as diretrizes estabelecidas, apoiar a fiscalização e acompanhamento das políticas e ações de saúde mental, álcool e outras drogas e implementar práticas baseadas nessas recomendações. Ademais, pode ser utilizado para o monitoramento e defesa dos direitos e interesses em saúde mental e o fomento de eventos e seminários de discussão em todos os níveis de gestão, sendo consultado, lido e discutido pela diversidade de atores do campo, destacando-se pessoas usuárias e familiares, profissionais do SUS e das redes intersetoriais, movimentos sociais, professores e professoras, e pessoas pesquisadoras.

Para cumprir de forma mais satisfatória estes objetivos de um relatório final de conferência nacional, é preciso enfatizar que a Comissão de Acompanhamento e Relatoria realizou um esforço significativo e detalhado de produção de textos de síntese de 20 temas considerados mais relevantes para o campo, identificando as linhas gerais e os números das propostas e moções específicas sobre cada tópico, tendo em vista amenizar a diversidade e a fragmentação temática dentro de cada uma das propostas e das moções aprovadas. Se acredita que, assim, a população brasileira, mas particularmente os atores sociais e políticos vinculados ao campo da saúde mental, álcool e outras drogas, poderão ter acesso mais sistemático e detalhado para se apropriar do rico conteúdo das propostas e moções aprovadas, sobre temas específicos de seu interesse.

É preciso lembrar que assegurar a melhor apropriação possível dos relatórios finais de cada uma das conferências nacionais é condição imprescindível para que possam cumprir seu objetivo principal de sistematizar as diretrizes mais amplas para a política do Estado brasileiro (e portanto, não só de governos específicos eleitos), para a área em foco, para os próximos anos. As conferências nacionais de políticas públicas específicas constituem uma conquista importantíssima da Constituição Federal de 1988, que não encontra similares em quaisquer outros países do mundo. Elas organizam um mecanismo amplo de discussão e consulta democrática da população em cada município e estado, bem como dos movimentos sociais do país que organizam as conferências livres, em um processo de decisão ampla e coletiva em cada área, para o estabelecimento de políticas de Estado para os anos vindouros.

Por fim, a produção deste documento se respaldou no “esperançar” de que contribua nas caminhadas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial, reafirmando a indissociabilidade entre saúde mental, garantia de direitos, participação, justiça social e democracia. Saúde Mental é democracia!





Entrada da plenária da 5ª CNSM. Fonte: CNS.

3. TEMAS DA CONFERÊNCIA

O eixo principal da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM) foi **“Fortalecer e garantir Políticas Públicas: o SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos Direitos Humanos”**, que foi subdividido em quatro (04) eixos e seus subeixos, conforme listado a seguir:

Eixo I - Cuidado em liberdade como garantia de Direito a cidadania:

- a) Desinstitucionalização: Residências terapêuticas, fechamento de hospitais psiquiátricos e ampliação do Programa de Volta para Casa;
- b) Redução de danos e atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- c) Saúde mental na infância, adolescência e juventude: atenção integral e o direito à convivência familiar e comunitária;
- d) Saúde mental no sistema prisional na luta contra a criminalização dos(as) sujeitos(as) e encarceramento das periferias;
- e) Diversas formas de violência, opressão e cuidado em Saúde Mental;
- f) Prevenção e posvenção do suicídio e integralidade no cuidado.



Eixo II - Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental:

- a) Garantia de financiamento público para a manutenção e ampliação da política pública de saúde mental;
- b) Formação acadêmica, profissional e desenvolvimento curricular, compatíveis à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- c) Controle social e participação social na formulação e na avaliação da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas;
- d) Educação continuada e permanente para os(as) trabalhadores(as) de saúde mental;
- e) Acesso à informação e uso de tecnologias de comunicação na democratização da política de saúde mental;
- f) Financiamento e responsabilidades nas três esferas de gestão (federal, estadual/distrital e municipal) na implementação da política de saúde mental;
- g) Acompanhamento da gestão, planejamento e monitoramento das ações de saúde mental;

Eixo III - Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade:

- a) Intersetorialidade e integralidade do cuidado individual e coletivo da Política de Saúde Mental;
- b) Equidade, diversidade e interseccionalidade na política de saúde mental;
- c) Garantia do acesso universal em saúde mental, atenção primária e promoção da saúde, e práticas clínicas no território;
- d) Reforma psiquiátrica, reforma sanitária e o SUS;

Eixo IV - Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós pandemia:

- a) Agravamento das crises econômica, política, social e sanitária e os impactos na saúde mental da população principalmente as vulnerabilizadas;
- b) Inovações do cuidado psicossocial no período da pandemia e possibilidade de continuar seu uso, incluindo-se, entre outras, as ferramentas à distância;



- c) Saúde do(a) trabalhador(a) de saúde e adoecimento decorrente da precarização das condições de trabalho durante e após a emergência sanitária.

4. PLENÁRIA DE ABERTURA

A Plenária de Abertura é uma sessão solene, não deliberativa, para dar início à 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio e de acesso às autoridades, às representantes de instituições e entidades públicas e privadas, às pessoas Delegadas, pessoas convidadas e participantes nas atividades não deliberativas. O vídeo contendo a abertura pode ser acessado em: <https://www.youtube.com/watch?v=kOy7-U6gvS8>

Fonte: Regulamento da 5ª CNSM



Na imagem, o Deputado Paulo Delgado, cujo nome designa a Lei Federal 10.216/2001, beija diligentemente a mão de Helisleide Bonfim, Usuária da RAPS. Fonte: CNS

Presidente do Conselho Nacional de Saúde, Sr. Fernando Pigatto.

Boa noite, pessoal, que alegria, que coisa linda a gente poder estar aqui realizando a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental Domingos Sávio. Nós conquistamos essa conferência ainda na resistência, lá quando a gente convocou a 16ª (8ª+8), em 2017, depois de um golpe que foi dado nesse país. Pois bem, veio uma pandemia e aquilo que já era grave ficou terrível. Tudo aumentou em dimensão, violência, tortura, morte, como que a gente lembrasse um período não tão distante onde isso acontecia, de forma diferente, mas também acontecia.

A gente se colocou na condição de que não iríamos deixar passar outros vinte anos, por aquelas pessoas que tombaram naqueles vinte anos. Seria pela memória delas, de quem ficou com sequelas, que até hoje lembra as torturas, é por elas que nós não deixaríamos que acontecesse novamente mais 20 anos. Aquelas pessoas nos ajudaram a sair daquele momento e nós decidimos não recuar. Depois nos diziam: é impossível.



Como que em meio a uma pandemia nós vamos fazer uma conferência de saúde mental? E dissemos: nós vamos ao mesmo tempo que resistimos, construir, e foi essa construção que fez com que a gente chegasse até aqui. Foi isso: não ficar de braços cruzados. Foi pela memória das pessoas, centenas de milhares que nos tiraram, que a gente fez essa conferência acontecer.

Nós sabemos o que nós enfrentamos para fazer as etapas municipais acontecerem, as estaduais acontecerem. Nós sabemos que se não tivéssemos nos colocado em marcha, essa 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, assim como a 17ª Conferência Nacional de Saúde não teriam acontecido. Como se não nos colocássemos em marcha, nós poderíamos ter perdido milhões de brasileiros e brasileiras. Milhões de vidas nós salvamos e nós fizemos com que essa pauta fosse central na preparação da 17ª. Era para essa 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental ter acontecido antes da 17ª, mas os boicotes até 2022 nos trouxeram até aqui, daí nós apostamos nas próprias conferências livres para que a saúde mental estivesse ainda mais no centro de todas as decisões da 17ª. E nós estamos aqui para celebrar essa vitória que nós conseguimos, porque a etapa nacional, se dependesse do orçamento que não foi deixado para 2023, não seria realizada neste ano, seria realizada só no ano que vem. Portanto, quem disse que nós atrasamos faltou com a verdade, porque nós antecipamos a realização de uma conferência que não tinha orçamento para realizar. E nós conquistamos isso. Todo mundo que está aqui conquistou isso.

E nós temos cada vez mais que saber que nós aqui, inclusive com críticas, não podemos achar que dentro dessa sala tem pessoas inimigas. Nós estamos no mesmo lado, nós sabemos que os fascistas continuam matando aí fora, continuam torturando nas comunidades terapêuticas e quem está aqui nessa sala não defende isso, nós somos contra e temos posições sobre isso. É importante lembrar que temos nessa conferência pessoas usuárias. Eu fui desafiado a fazer perguntas pelo pessoal que organizou a primeira conferência nacional livre de pessoas usuárias e organizou também a segunda conferência.

Vou fazer algumas perguntas que o pessoal escreveu. Pessoas delegadas do segmento de usuários favor levantar a mão. E da rede de atenção psicossocial do SUS, quem é? Levante a mão. Alguém aqui já foi internado em hospitais? Alguém aqui já foi usuário de CAPS? Alguém que já fez ou faz tratamento psiquiátrico, gostaria que levantassem a mão. Todas as pessoas ao mesmo tempo aqui nesse auditório que já estiveram, atuam e participam como pessoa delegada usuária, favor levantar a mão. Favor ficar com a mão levantada, favor levantar quem puder. Pois bem, essa é a conferência que precisa fazer valer a voz de vocês. Sim, é esse o compromisso que nós temos. Viva o SUS. Viva a democracia. Nenhum passo atrás, manicômios nunca mais.



Conselheiro de Saúde, Sr. Vanilson Torres (MNPR)

Boa-noite, pessoal. Boa noite a todas e todes. Vivenciei 27 anos nas ruas de Natal, vim para as ruas de Natal com 12 anos por questões familiares. Passei por comunidades terapêuticas e sei que não é o lugar.

Loucura não se prende, saúde não se vende!

Atualmente no Brasil nós contamos com cerca de 2.900 CAPS em funcionamento. É importante trazer que a Recomendação CNS nº 001, de 26 de janeiro de 2023, recomenda medida contrária à criação do departamento de apoio a comunidades terapêuticas no âmbito do Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome. Nós não precisamos de locais violadores, nós precisamos de cuidado em liberdade com respeito aos direitos humanos! E o que nós temos acompanhado são mortes de pessoas incendiadas em comunidades terapêuticas, estupros, trabalhos de escravos, eletrochoques! Então, nós não queremos internações compulsórias e involuntárias. Não queremos a destruição das nossas vidas, das nossas existências. Queremos a garantia e a ampliação do que já se conquistou com a Lei da reforma psiquiátrica e com a rede de atenção psicossocial. Não às comunidades terapêuticas! Manicômios nunca mais!

Sabemos que as pessoas em situação de rua, pobres, periféricas são as que mais são aprisionadas nos manicômios. Lutamos para o cuidado de verdade e o respeito aos direitos humanos. Não às opressões, mortes, tortura, aporofobia!

É muito bom estar com vocês após 13 anos sem discutir a nossa saúde mental, após uma pandemia que tirou um pedaço de nós, porque certamente perdemos alguém, certamente conhecemos alguém que nos deixou em meio à pandemia por uma questão de escolha, de morte, a escolha de um governo fascista que preferiu nos matar do que trazer para nós a vacina.

Representante de pessoas usuárias da RAPS, Sra. Helisleide Bonfim

Boa noite a todos, todas e todes. Quero dizer que nós usuários estamos aqui, somos frutos da Reforma Psiquiátrica, somos frutos da Lei 10.216 que garante o cuidado em liberdade regionalizados, e que nós usuários precisamos ter o autocuidado pois a sociedade estigmatizante e preconceituosa está adoecida. Nós não estamos mais doentes, quem está doente é o sistema social. Pois o preconceito e o estigma afastam o sujeito do cuidado. Eu sou técnica de enfermagem, e também falo pelo trabalhador há 28 anos, e quero dizer a vocês que esperarçar nesta conferência, que não seja mais uma conferência, mas que seja uma continuação das nossas lutas e labutas diárias que nós temos todos os dias nas nossas comunidades, nos nossos estados.



Que os usuários procurem fortalecer seus coletivos. Nós precisamos nos aquilombar nas nossas lutas diárias para acreditar que “se eu luto por inclusão social eu não sou uma coitadinha, eu sou uma sujeita de direito, e não num objeto de estudo”. Finalizando a minha fala, quero dizer que nós usuários somos pessoas como qualquer outra, e que o adoecimento psíquico chega para qualquer um.

[canta]

Ê companheiro, ê companheira, cuidado só em liberdade, manicômio nunca mais!

Ê companheiro, ê companheira, cuidado só em liberdade, é assim que a RAPS faz!

[Repete, canta comigo aí!]

Um abraço a todos os meus companheiros usuários do Brasil inteiro! Obrigada.

Conselheira de Saúde, Sra. Fernanda Lou Sans Magano (FENTAS)

Olá, boa noite a todos, todas e todes. Boa noite, no centro, na ponta do palco, para que ouçam e reconheçam a voz, aqueles com deficiência visual, para localizar, eu começo a minha autodescrição. Eu sou uma mulher de meia idade, cabelos castanhos nos ombros, estou com uma maquiagem azul, anéis azuis, branca, olhos verdes, estou com um vestido de 'Noite Estrelada' de Van Gogh e aproveito essa autodescrição para falar da importância que é reconhecer em vida o cuidado em saúde mental. Van Gogh só teve seu reconhecimento após sua morte através da cunhada, casada com seu irmão, que reconheceu a obra dele e fez um museu. E aí faço essa relação para dizer da importância da arte nas nossas vidas e da arte na saúde mental. Mas também da importância dos familiares que acompanham aqui essa construção, esse movimento tão lindo que é a garantia do cuidado em liberdade, que está no tema e na chamada da nossa conferência.

Quero dizer que estou honrada de representar o FENTAS, o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde e destacar a importância dos trabalhadores e das trabalhadoras na construção cotidiana desse cuidado em liberdade, na construção cotidiana da RAPS. E essa ação que acontece dentro do controle social, de parceria, de ação conjunta entre usuários e trabalhadores, para fazer aí a voz e a vez no diálogo com a gestão. E essa gestão, que agora está reconstruindo a Rede de Atenção Psicossocial, mas que precisa ter posição na relação com os outros Ministérios.

Precisamos marcar posição contra as comunidades terapêuticas, pelo fim do financiamento das comunidades terapêuticas, pelo fim da CT e o que ela representa de tortura, violência e desrespeito aos direitos humanos. Então, próximos, que estamos... dia 10, próximo passado, foi o Dia Internacional dos Direitos Humanos, então demarcar



que cuidar da vida e cuidar da saúde é saúde mental. E esta relação de saúde mental requer uma construção que perpassa por moradia, que perpassa por alimentação saudável, que perpassa pelos enfrentamentos do não emprego.

Por isso, precisamos avançar na construção e no diálogo da participação social, que hoje, ora, esse governo tem assessorias de participação social em todos os Ministérios, para avançarmos naquilo que vamos debater, que foi construído nos municípios e nos estados, são os nossos eixos, e que pelo controle social nacional vamos conferir, vamos cobrar a execução dessas políticas no Plano Nacional de Saúde, nos planos estaduais e municipais. Sigamos nessa construção necessária, forte, respeitando a vida, garantindo a saúde mental e liberdade.

Obrigada.



Fonte: CNS

Deputada Federal, Sra. Erika Kokay (PT/DF)

A Frente Parlamentar foi relançada hoje e o novo coordenador da Frente Parlamentar é o Pastor Henrique Vieira. Pastor Henrique Vieira, que fez uma belíssima fala, mostrando o que significa a nossa condição de sermos seres brincantes, de sermos seres que, para vivermos a nossa humanidade na plenitude, temos que ser protagonistas da nossa própria história, da nossa própria vida, e temos que ser mergulhados na mais



profunda liberdade. Portanto, não se cuida se não for em liberdade. Liberdade é terapêutica, a liberdade é a essência da reforma psiquiátrica, e a reforma psiquiátrica foi construída, a luta antimanicomial foi construída com a dor do povo brasileiro que vivenciou os hospícios, verdadeiros holocaustos, que não podem voltar, ainda que seja com o nome de comunidades terapêuticas, que nem comunitárias são, nem tão pouco, terapêuticas. É preciso que nós fortaleçamos a RAPS, é preciso que nós fortaleçamos o que o Brasil conquistou. Conquistou com dor, sem dúvidas, mas conquistou também com luta, com esperança, porque, moço, esse é o país de Domingos Sávio, esse é o país de Nise da Silveira, esse é o país de Paulo Freire, e este país no ano passado arrancou a faixa presidencial do peito estufado do fascismo e disse: Bolsonaro, nunca mais! Portanto, esse país precisa da liberdade em todos os seus cantos. Este país precisa fazer valer o financiamento público para as estruturas públicas, para a RAPS, para que nós possamos romper essa lógica de precarização da RAPS e de transformar essa precarização em um motivo para que os recursos sejam desviados para as comunidades terapêuticas. Esses são os desafios que estão postos aqui no dia de hoje e nesta conferência.

Esta conferência é o pulsar da vida, esta conferência são todas as cores, essas vozes e essas cores que subiram a rampa do Palácio do Planalto, em ciranda da vida. E a ciranda da vida é reafirmar os serviços substitutivos, é dizer que o manicômio não cabe mais neste país porque nós temos uma lucidez, nós temos uma capacidade de reinventar as nossas próprias histórias. Por isso, eu me lembro de Belchior, e nós cantamos tanto Belchior no ano passado quando a gente dizia: “Ah, tenho sofrido demais, tenho chorado pra cachorro. O ano passado eu morri, e esse ano eu não morro, esse ano eu não morro.” Por isso, a gente diz: “Manicômio, nunca mais! Nem um passo atrás! Bolsonarismo nunca mais na nossa história.”

Deputada Federal, Sra. Anna Paula Lima (PT-SC)

É uma honra participar da abertura da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Domingos Sávio. É uma grande responsabilidade falar após a Deputada Érika Kokay, uma incansável defensora dessa causa e ativa participante das discussões sobre saúde mental na Câmara Federal. Dada a importância deste tema, a presidente da Frente Parlamentar Mista, Deputada Tábata Amaral, estruturou a frente em subcoordenações para abranger todas as áreas dessa complexa pauta. Tenho a honra de estar à frente da Coordenação da Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Estamos trabalhando em diversas propostas nesse espaço decisório, sempre com a participação ativa da sociedade civil organizada. O apoio de todos é fundamental para que alcancemos um propósito eficaz, sempre com o objetivo de promover o bem-estar da população brasileira.

Desejo uma excelente Conferência a todos, especialmente neste novo momento de nosso país, caracterizado pelo diálogo e pela representatividade. Na 17ª Conferência Nacional de Saúde, este auditório estava repleto, e discutimos intensamente sobre saúde



mental. Reafirmamos nosso compromisso com a extinção do financiamento do Sistema Único de Saúde. A pauta das comunidades terapêuticas e religiosas é um debate necessário que precisamos conversar com o Governo e o Ministério do Desenvolvimento Social. Vamos vencer mais essa luta, antiga, mas não aceitaremos mais ações que violem os direitos humanos e de saúde. Estamos à disposição na Câmara Federal para apoiar todas as proposições que garantam a saúde mental de todas e todos neste país.

Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Sr. Jarbas Barbosa

Boa noite. Eu gostaria, na pessoa da Sra. Ministra da Saúde, parabenizar todos os gestores estaduais e municipais que estão aqui. Em nome do Presidente Fernando parabenizar todos os Conselheiros, principalmente aqueles que trabalharam para que essa conferência pudesse estar aqui existindo, em nome da Deputada Erika todos os parlamentares aqui presentes, em nome do Paulo Amarante todos os pesquisadores brasileiros que trabalharam pela reforma da saúde mental no Brasil.

No ano passado a Organização Panamericana da Saúde estabeleceu uma comissão para refletir sobre como andava a saúde mental na região. Porque durante a pandemia, além das mortes, 10 milhões de mortes que a pandemia provocou, a pandemia teve impacto negativo em quase todos os problemas de saúde da sociedade. Nós estimamos que houve um aumento de 35% de quadros depressivos, de quadros de ansiedade, em um momento em que vários serviços estavam fechados ou com limitação importante. Essa Comissão, além de ter representantes do Ministério da Saúde, especialistas, tinha pessoas com experiência de vida com problema de saúde mental, tinha representante de associação de familiares de pessoas que usam o serviço de saúde mental e de representantes de famílias que perderam filhos para o suicídio. E essa Comissão entregou esse ano um conjunto de recomendações muito concretas que os 35 países da nossa região, reunidos na última semana de setembro, aprovaram por unanimidade.

Em primeiro lugar recomendaram - e isso está na nossa Resolução-, que saúde mental precisa ser uma parte importante de qualquer sistema de saúde e, sem saúde mental não há saúde. Segundo, que a saúde mental precisa ser objeto de um trabalho muito além só da saúde, porque nós precisamos também da redução da pobreza, criar oportunidades, oferecer acesso à cultura, educação, reduzir a desigualdade que nós temos se queremos ser uma sociedade com mais saúde mental. Em terceiro, que a saúde mental precisa ser organizada com base no respeito aos direitos humanos das pessoas que precisam de serviço de saúde mental, e precisa combater ferozmente qualquer tipo de estigma ou discriminação contra pessoas que precisam de serviço de saúde mental.

Somente nos últimos vinte anos nós tivemos um aumento de 17% dos casos de suicídio nas Américas, 100.000 pessoas por ano morrem por suicídio nessa região. Em



grande parte, porque não recebem o acolhimento necessário, porque não têm o apoio social e do serviço de saúde que precisavam ter. Então, nós precisamos terminar o processo de mudança que o Brasil foi um dos países pioneiros, e eliminar completamente o modelo manicomial, que ainda existe em muitos países da região, e que são segregadores, desrespeitadores dos direitos humanos, e que não promovem a efetiva saúde mental como é necessária.

Que vocês tenham uma ótima conferência, que fortaleçam esse avanço do Brasil frente a uma saúde mental em integrada no SUS. e que promovam o direito que cada brasileiro e brasileira têm, de ter um serviço de saúde mental de qualidade.

Muito obrigado.

Diretora do Departamento Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Sra. Sônia Barros

Boa noite a todas e todos, delegados, convidados internacionais e nacionais, equipes e trabalhadores do MS e do CNS, autoridades aqui presentes, companheiras e companheiros desta jornada de construção da política de saúde mental democrática, inclusiva. Excelentíssima Ministra Nísia Trindade, ao cumprimentá-la estendo os meus cumprimentos a todas e todos que compõem esta mesa de abertura da 5ª CNSM.

É uma honra e uma alegria participarmos da abertura desta 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Domingos Sávio, convocada pela Resolução CNS nº 652 em 14 de dezembro de 2020, organizada pelo Conselho Nacional de Saúde que, a partir do início do governo Lula e da gestão da ministra Nísia no MS, passou a contar com o apoio e financiamento do Departamento de Saúde Mental da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde.

O Departamento de Saúde Mental, criado em janeiro de 2023, na data de hoje passou a se chamar Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, de acordo com o Decreto 11.798 de 28 de novembro de 2023, e tem como eixo estruturante a Desinstitucionalização, os Direitos Humanos e o Cuidado em Liberdade, seguindo as premissas pautadas na Reforma Psiquiátrica.

Retomar a construção da PNSM, após um período de retrocessos, significou investir na expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), recompor o financiamento dos serviços e investir em projetos de educação permanente, como estratégias adotadas para a promoção de uma saúde mental que esteja compromissada com o cuidado em liberdade.

Desde o início da nossa gestão nos colocamos disponíveis para a construção do diálogo, compreendendo que a viabilização da integralidade do cuidado em saúde mental só se torna possível com a ampliação de parcerias. Portanto, assumimos o



compromisso de realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental Domingos Sávio, que depois de muitos desafios tornou-se possível com o desempenho e dedicação do Conselho Nacional de Saúde, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e da Subsecretaria de Assuntos Administrativos do MS.

Com o tema central “A política de Saúde Mental como Direito: em defesa do cuidado em liberdade, avançando para garantir os serviços de atenção psicossocial no SUS”, a 5ª CNSM tem como foco principal a discussão de propostas para a elaboração da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, bem como o fortalecimento dos programas e ações de saúde mental em todo o país.

Durante o evento teremos diversos espaços de construção e diálogos para afirmação dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira e também para lembrarmos deste processo de mais de 04 décadas, onde algumas pessoas se destacaram. Neste ano, perdemos uma pessoa importante para a saúde mental, para a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial: o querido amigo e companheiro Domingos Sávio.

Domingos Sávio do Nascimento Alves, renomado médico, neurologista e sanitarista, foi coordenador da área de saúde mental, logo após a implantação do Sistema Único de Saúde, iniciando a normatização dos serviços de Saúde Mental e dando corpo à construção da política de saúde mental. Organizou e coordenou a II CNSM e foi uma das principais lideranças da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Na sua trajetória ocupou diversos cargos institucionais e também esteve na presidência do Instituto Franco Basaglia, de 2000 a 2005, organização não governamental do Rio de Janeiro com forte atuação na defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Doutor Domingos Sávio recebeu diversos prêmios de reconhecimentos, entre eles: 2001 Medalha do Mérito Médico, Presidência da República; 2005 Menção Honrosa, Organização Panamericana da Saúde e 2009 Medalha de Mérito Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde.

Domingos Sávio é o homenageado na 5ª Conferência de Saúde Mental, em reconhecimento a sua significativa contribuição para a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial no Brasil. Se destacou não apenas pela sua competência clínica, mas também por suas habilidades exemplares como gestor e seu carisma como líder, características fundamentais que resultaram em um legado de realizações notáveis para o campo da saúde mental e para a formação de muitos de nós que estamos aqui.

Que possamos avançar relembrando daqueles que vieram antes e construíram os caminhos para chegarmos até aqui!



Tenho a honra e o privilégio de chamar aqui neste palco, Regina Ferro do Lago, esposa de Domingos Sávio, para receber em nome dele, nossos sinceros e afetuosos agradecimentos por tudo que pode construir e nos ensinar.

Uma excelente 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Domingos Sávio para todos!



Fonte: CNS

Representante do Lisbon Institute of Global Mental Health (Portugal), Sr. Benedetto Saraceno

Bom dia a todos e obrigado à diretora do Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde e grande amiga Professora Sônia Barros pelo convite.

Neste ano, dois mil e vinte e três, morreram dois grandes líderes do movimento internacional de luta antimanicomial, Domingos Savio do Nascimento no Brasil e Franco Rotelli na Itália. Dois amigos, dois lutadores, dois intelectuais, duas figuras essenciais.

O que aprendemos com eles?



Em primeiro lugar, que o hospital psiquiátrico não seja reformado, mas sim fechado.

Em segundo lugar, que a saúde mental se encontra na comunidade e que deve ser procurada e promovida na comunidade.

Terceiro, que a cidadania é terapêutica e que qualquer outra terapia só faz sentido se for fornecida aos cidadãos usuários e não aos pacientes.

Quarto, que os serviços de saúde devem ser locais de cuidado e não espaços burocráticos de tratamento, locais de inclusão e de vida.

Quinto, que a transformação deve ser governada e não pode ser apenas uma iniciativa espontânea fora de uma via política em defesa da saúde pública.

Sexto, que a desinstitucionalização não se limita ao hospital psiquiátrico como um edifício sinistro e mortal, mas se estende à ideologia biomédica da psiquiatria. Devemos trabalhar para quebrar a prisão em que nos encontramos como profissionais de saúde mental, a prisão da psiquiatria como instituição.

Sétimo, que todo encontro entre um usuário e um profissional de saúde mental deve ocorrer dentro de uma dimensão concreta e simbólica onde o terceiro esteja presente, ou seja, o outro, ou seja, a não psiquiatria e a não doença estejam presentes como garantias de que a comunidade e a cidadania fazem parte do contexto. Precisamos desesperadamente de um terceiro que se torne predominante, que se torne terapeuta, que se torne a força motriz da dinâmica saúde-doença. O terceiro é o mundo, o terceiro é o contexto, o terceiro é a vida social.

Oitavo, que a Saúde Mental é “diferente” da psiquiatria e que deve ser implementada por “outros”: pelas comunidades, pelas pessoas nos lugares cotidianos, pelas micro organizações que povoam os territórios. O “terceiro”, sempre evocado como presença necessária no encontro entre psiquiatria e usuários de psiquiatria, deixa de ser apenas protagonista do encontro, mas torna-se autônomo e passa a ser construtor de saúde mental na primeira pessoa. O terceiro torna-se o primeiro e o psiquiatra às vezes torna-se o terceiro.

Nono, que os usuários deixem de ser parceiros entre muitos, mas se tornem protagonistas, ou seja, que detenham um verdadeiro poder de autodeterminação não apenas contra a psiquiatria violenta e repressiva, mas também em direção da psiquiatria democrática e progressista.

Décimo, por fim, sair da psiquiatria, assim como saímos do manicômio, e sair dela implica um equilíbrio, muitas vezes doloroso, feito pelo trabalho de estar ali (na psiquiatria) como presença incômoda e crítica e pelo trabalho de construção da própria ausência. E este último passo, estar presente para construir a nossa ausência, é o



passo mais difícil e de certa forma heroico. Eu aponto isso não tanto para os piores entre os psiquiatras, mas para os melhores.

Irmãos brasileiros, aqui está um decálogo herdado de dois gigantes da Psiquiatria anti-institucional. Muito foi feito no Brasil e esses dez pontos do Decálogo são o pão diário de todos vocês. Mas ainda há muito a fazer e, por vezes, os últimos quilômetros da viagem são os mais difíceis de percorrer. Acredito que para que o decálogo dos nossos dois inesquecíveis amigos continue vivo e evolua precisamos de Coragem, Estudo e Poder: existe o risco de que as posições consolidadas sejam um obstáculo à coragem e que o estudo deixe de ser uma preocupação diária. Devemos aprender a formular perguntas inteligentes em vez de dar respostas automáticas e banais. É preciso estudar para entender como se constrói uma clínica da precariedade, ou seja, como se pode inventar um cuidado anti-institucional: nossos pais inventaram a desinstitucionalização e agora é a nossa vez de inventar um cuidado desinstitucionalizado.

Por último, devemos estar conscientes de que a transformação se torna real se tivermos a possibilidade de governá-la e, portanto, devemos também regressar à política ativa.

Irmãos brasileiros, neste dois mil e vinte e três vamos transformar o luto deste mesmo ano em força, em inteligência e luta: desejo o maior e mais merecido sucesso a esta conferência nacional.

Deputado Federal nos anos 1987 a 2011, Sr. Paulo Delgado

Boa noite a todos, senhoras e senhores. A minha querida Ministra Nisa, muito obrigado pela lembrança, a Sônia que também agradeço por lembrar desse velho Deputado, mineiro. Ao Berg, meu velho amigo e a todos os que eu encontrei aqui, coordenadores de saúde mental, meu irmão Pedro, somos filhos da mesma mãe, Maria, e devo a ele pois foi quem me sugeriu, na Constituinte, que introduzisse algum dispositivo que pudesse proteger os doentes mentais. E incluir os doentes mentais no rol dos direitos humanos. Vejo aqui Paulo Amarante que também estava no grupo onde um dos líderes era o Domingos, Fico feliz de vir nessa conferência e cumprimento a Ministra e a sua equipe pela beleza da homenagem ao Dominginhos. Dr. Domingos Sávio do Nascimento, mineiro de Piedade do Rio Grande, foi um rio da margem esquerda da minha vida é realmente é um ser humano gentil e majestoso. Regina, sua esposa, está ali, ajudou muito a luta do Domingos, esta notável figura humana. E uma conferência em que Domingos dá o nome, não pode desdenhar das negociações. Não pode desdenhar do diálogo, não pode desdenhar das aproximações sucessivas que fazem um país se tornar mais e mais democrático.



Eu creio que esse Dom Quixote na luta pelos direitos e a proteção pelos que sofrem sairá dessa conferência consagrado por vocês. Com decisões sublimes, elevadas, necessárias, altivas e corajosas como disse o nosso querido Benedetto. Que lembrou muito bem do Rotelli, que também se foi esse ano. A base da Lei 10.2016 é o edifício do SUS: Universalidade, Descentralização, Integralidade, equidade e Conferências, que é o Controle Social. Essa oportunidade de discutir, rediscutir continuamente a lei. E o Brasil nesse momento tem uma oportunidade ímpar - queria que a Ministra levasse a ele, aos dois, o meu abraço. O Presidente Lula e o vice-presidente Alckmin foram constituintes de 1988 comigo. Não há melhor oportunidade para dois brasileiros que construíram e escreveram a Constituição possam fazê-la entrar integralmente em prática. É um sucesso que eu tenho certeza e um compromisso do presidente Lula e do seu vice, Geraldo Alckmin.

Pois bem, adoecer normal, nós vimos isso aqui em vários depoimentos, o que não é normal é não ter tratamento para a doença. O mundo pode estar deprimido, depressivo, deprimente, mas uma coisa eu digo a vocês, que observei nesses anos todos, quando eu fui parlamentar e na minha luta atual, que a lógica e a razão nem sempre antecede ao amor. Água-com-açúcar dada com amor faz mais efeito que o remédio dado com indiferença. É preciso estar sempre atento a isso. A verdade precisa voltar a ser vista e essa Conferência é um retrato da verdade que precisa e quer ser vista.

Muito obrigado.

Presidente do Conselho Federal de Psicologia (CFP), Sr. Pedro Paulo Bicalho

Muito boa noite a todas as pessoas aqui presentes. Há muito tempo não nos encontrávamos em uma conferência nacional de saúde mental, e há muito tempo não tínhamos orgulho por estarmos sentados junto a uma Ministra de Estado. Nós estamos aqui porque sobrevivemos; sobretudo à tentativa de desmonte da política nacional de participação social. Estamos aqui porque sobrevivemos ao desmonte do SUS, porque sobrevivemos ao desmonte da rede de atenção psicossocial. É impossível, ao lembrar que nós sobrevivemos, não deixar de lembrar de Conceição Evaristo, que nos afirma: “eles tentaram nos matar, mas nós combinamos de não morrer”.

Portanto, nós somente estamos aqui porque estar aqui é produto de uma luta, a qual só faz sentido se nós aqui nos apresentarmos como radicalmente antimanicomial. Aqui represento a Psicologia brasileira, e a Psicologia brasileira é antimanicomial. E ser antimanicomial significa apresentar-se também como antirracista, anticapacitista, anti-LGBTQIA+fóbico. Significa também articular a luta antimanicomial à luta feminista, porque a política antimanicomial só faz sentido quando pauta o enfrentamento a toda e qualquer forma de opressão. Portanto, precisamos ser radicalmente antimanicomiais e, assim, não deixar passar nenhuma forma de manicômio.



Precisamos enfrentar os manicômios judiciais como estruturas de Estado, precisamos enfrentar o financiamento público às comunidades terapêuticas. Ao nos afirmarmos antimanicomiais afirmamos a liberdade como paradigma de toda e qualquer forma de cuidado, porque sem o cuidado em liberdade não há política antimanicomial possível. Por isso o nosso orgulho. O orgulho por, enquanto Psicologia brasileira, compor esta mesa de abertura. O nosso orgulho de estarmos aqui como apoiadores da quinta Conferência Nacional de Saúde Mental, porque apoiar as conferências é apoiar a democracia. E sem democracia não há forma de cuidado possível.

Muito obrigado.

Presidente do CONASEMS, Sr. Hisham Mohamad

Boa noite a todos, quero cumprimentar a todos os presentes, a nossa Ministra Nísia Trindade, o presidente do CNS Fernando Pigatto, cumprimentar a todos e parabenizar por este momento tão importante. Eu estava refletindo aqui no momento do hino cantado pelo coral, com a bandeira da Palestina, e eu estou vivendo um momento em que minha esposa e meus filhos estão na Cisjordânia, e eu tenho um primo em Gaza também. Mas por outro lado eu estou aqui na defesa de um SUS cada vez mais garantido e fortalecido, então a vida é feita de lutas. E a saúde mental é uma temática muito importante para nós. Por tudo que nós passamos e por tudo que nós vivemos, é aproveitar esse momento para que possamos de vez inserir a saúde mental numa discussão que não seja isolada. Não aos manicômios, não às comunidades terapêuticas.

Mas que possamos ter uma saúde mental integrada com a atenção básica. E aí sim, que possamos ter um SUS garantido e fortalecido, valorizando essa porta de entrada cada vez mais organizada e integrada. Nós não vamos conseguir ter um SUS na sua integralidade, se não tivermos uma saúde mental pública de qualidade para todos os brasileiros. E essa é a nossa missão. E que possamos sair da 5ª Conferência, Pigatto, com indicativos de construção e consolidação de uma saúde mental dentro de um SUS, garantido, fortalecido e integral, e que tenha a atenção básica como porta de entrada ordenadora e coordenadora de todo o cuidado.

Desejo a todos uma ótima conferência e que possamos sair daqui cada vez mais unidos e fortalecidos, em defesa desse tão maravilhoso SUS. Boa-noite.

Representante do CONASS, Sra. Lucilene Florêncio

Boa noite, boa noite a todos. Em nome da ministra Nísia, eu cumprimento todo o dispositivo, todas as autoridades, quero agradecer o privilégio, a honra de estar aqui representando os secretários de saúde do nosso país, que têm se esforçado, que têm lutado incansavelmente pelo fortalecimento da rede de atenção psicossocial. Agradecer



ao doutor Jurandir Frutuoso, nosso diretor executivo do CONASS, e dizer que o Distrito Federal se faz presente aqui na conferência com uma equipe de atendimento, uma sala de acolhimento, onde tem 30 trabalhadores dando todo esse apoio. E que sejam muito bem-vindos ao Distrito Federal e que tenhamos uma conferência maravilhosa, que possamos construir e fortalecer as políticas públicas de atenção e cuidado à doença mental. E que possamos juntos fortalecer, que possamos juntos dizer não aos manicômios, não às comunidades terapêuticas e sim à reforma psiquiátrica.

Então eu agradeço, em nome de todos os secretários de saúde do nosso país, esse é um desejo, esse é um clamor. E, sem dúvida, eu estou sendo uma porta-voz nesse momento dos meus 26 pares. Meu muito obrigada, ministra. Parabéns, a senhora nos inspira, a senhora é uma grande líder e sou sua profunda admiradora. Ao Fernando Pigatto e a todos, meu muito obrigada. E muito boa noite.

Conselheira de Saúde e Coordenadora Geral da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental Domingos Sávio, Sra. Marisa Helena Alves

Boa noite a todas as pessoas aqui presentes. Enfim chegou o grande dia, o dia em que nós, que estivermos à frente da Comissão organizadora, em alguns momentos pensávamos que ele não aconteceria. Nós resistimos, lutamos, e hoje concordamos com tudo que já foi dito nesta mesa. Eu quero fazer a minha fala em tom de agradecimento. Agradecer porque eu sei o esforço coletivo. Sem a resistência da militância, nós não teríamos chegado aqui agora nesse momento. Então, a gente está transbordando de felicidade por essa realização.

Não foi fácil, foi um período complicado, foi um período difícil, mas a resistência da saúde mental, a resiliência dessa militância que motivou a gente construir esse processo. E chegar aqui, continuando com essa luta por um cuidado em liberdade, uma sociedade sem manicômio. É isso que queremos com essa conferência e nós sabemos que há divergências, e até muitas contradições. Hoje foi dito que o nosso inimigo não está aqui e efetivamente, queremos ao final, no dia 14 sair daqui com um documento que reforce a importância da luta antimanicomial, da reforma psiquiátrica, da rede de atenção psicossocial e do fortalecimento do SUS.

Eu gostaria nesse momento de pedir que as pessoas que fizeram parte da Comissão organizadora, que se encontram aqui nesse momento, que se levantassem para receber o aplauso da militância que se faz presente aqui. Os Conselheiros do Conselho Nacional de Saúde que também estão presentes aqui, as assessorias do Conselho também, porque vocês foram efetivamente aqueles que nos deram o suporte necessário para construir essa conferência. Quero agradecer ao Departamento de Saúde Mental, Sônia e sua equipe e a nossa Ministra, todo o apoio para a realização. A palavra agora é obrigada, sucesso e alegria, porque saúde mental, conferência de saúde mental se faz com festa e alegria.

Muito obrigada.





Fonte: CNS

Ministra da Saúde e Presidenta da 5ª CNSM, Sra. Nísia Trindade Lima

Obrigada pelo carinho. Quero agradecer a cada um, a cada uma de vocês, a quem está aqui nessa mesa ampliada, a quem está na audiência e a quem fez parte da Comissão Organizadora. É um esforço coletivo lindo. Como disse a deputada Erika Kokay, no ano passado eu morri, mas este ano não morremos. Este ano, estamos aqui lutando e construindo nosso Sistema Único de Saúde, e implementando a política de saúde mental. Com toda a base legal que já foi falada aqui, com a história bonita do movimento da reforma psiquiátrica, do movimento em defesa dos direitos humanos, do movimento por uma saúde mental democrática, que veio junto com o movimento da reforma sanitária. Isso aqui é democracia. É direito. E é muito bonito que estejamos fazendo esse ato exatamente um dia depois do aniversário da Declaração dos Direitos Humanos, porque é de direito humano que se trata.

Estamos abrindo uma conferência que já está em curso, ocorrendo belamente. Cheguei aqui hoje vendo as salas reunidas, que beleza a força do movimento de cada uma de vocês aqui. Parabéns! Quero cumprimentar toda a mesa, não vou citar o nome de todos novamente, mas quero destacar a presença das nossas parlamentares e, sobretudo, dar o meu abraço à representante dos usuários da nossa Rede de Atenção Psicossocial, a Helisleide Bonfim. E em seu nome quero saudar todos os usuários.



Também vejo que, nesse momento, o Ministério da Saúde deve prestar contas de todo um trabalho realizado até aqui. Eu estava com Arthur Chioro na equipe de transição de governo e discutimos esse tema, discutimos o quanto a saúde mental foi destruída no governo anterior, e discutimos a dificuldade do trabalho de reconstrução. Fazer essa Conferência hoje representa uma vitória de toda a sociedade que, acima de tudo, elegeu o presidente Lula. Em segundo lugar, a construção conjunta, que deu origem à nossa 17ª Conferência Nacional de Saúde e a essa 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que leva o nome do grande sanitarista Domingos Sávio, uma pessoa que construiu essa agenda com tantos companheiros e companheiras. Vejo Paulo Delgado aqui na mesa e não posso deixar de citar, porque foi com ele que aprendi tantas coisas, meu colega de Fiocruz, Paulo Amarante.

Essa construção coletiva tem uma história. E temos de, na pessoa de Domingos Sávio, saudar essa história e, no presente, dizer que o Ministério da Saúde criou o Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Até novembro deste ano, habilitamos 41 novos Centros de Atenção Psicossocial. Destinamos o recurso de R\$ 414 milhões por ano, e isso é um sinal claro do nosso compromisso. Exatamente quando se destruiu a rede de atenção Psicossocial é que se deixou prevalecer o sofrimento mental e a falta de cuidado e de acolhimento. O papel do Ministério da Saúde é retomar essa política e fortalecer essa Rede. E é isso que estamos fazendo e faremos.

Estamos trabalhando para que a política do SUS seja integral, e que possamos trabalhar contra todas as formas de discriminação. Sabemos que, na saúde mental, as pessoas com deficiências, a população LGBTQIA+ e a população negra sofrem mais ainda o estigma e o preconceito. Por isso também reforçamos todas essas políticas no Ministério da Saúde sob nossa gestão. E continuaremos a fortalecê-las.

Neste momento, estamos assinando um Acordo de Cooperação Técnica que vai envolver, sob coordenação do Ministério da saúde, o Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, a Secretaria-Geral da Presidência, o Ministério da Justiça e Segurança Pública, e o Ministério do Desenvolvimento e Assistência social.

Estamos do mesmo lado: o lado da democracia e da saúde mental. O lado da defesa desse processo lindo que está aqui. Esse lado é o lado dos direitos, do acolhimento, do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. Esse é o compromisso de todo o governo liderado pelo presidente Lula. E, como Ministra da Saúde, firmo aqui o compromisso.

Desejo uma bela Conferência para todos nós. Viva o SUS, a democracia, a saúde mental inclusiva. Manicômio nunca mais.



5. TENDA PAULO FREIRE

A Tenda Paulo Freire é um espaço político de resistência, que reúne diferentes sujeitos sociais na articulação entre saberes técnicos, científicos e populares vivenciados mais próximos da cultura e realidade das comunidades.



Fonte: CNS

Na segunda (11/12), os participantes da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental Domingos Sávio (5ª CNSM) acompanharam o relançamento da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. A frente, que já foi coordenada pela deputada Erika Kokay (PT/DF), passa para a coordenação do deputado Pastor Henrique Vieira (Psol/RJ). Entre os objetivos da frente está fortalecer o apoio à estrutura de cuidado em saúde mental no Brasil, diante da conjuntura de ameaças e de desmonte nas políticas públicas neste setor nos últimos anos. Estavam presentes o Presidente do CNS, Fernando Pigatto, o Presidente do CFP, Pedro Paulo Bicalho, e a Diretora do Departamento Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Sônia Barros, dentre outras pessoas públicas. Na cerimônia, os participantes da conferência ratificaram palavras de ordem contra as comunidades terapêuticas e pela defesa do cuidado em liberdade e da reforma psiquiátrica e ressaltaram a importância da educação popular e da inclusão digital, além de manifestarem preocupação com a vasta medicalização da sociedade, inclusive de estudantes e crianças. “Deixo aqui o meu compromisso em defender os direitos humanos e sociais de todas as pessoas, a saúde mental coletiva, e de coordenar esta frente parlamentar de forma colaborativa, diversa e em diálogo com os diversos setores da sociedade”, completou o pastor Henrique Vieira.



A tenda, que homenageou Marta Almeida, foi ocupada e movimentada por diversas atividades artísticas e culturais, bem como faixas e cartazes com manifestações espontâneas e palavras de ordem, expressando a mobilização dos participantes da 5ª CNSM.

Fontes: Regulamento da 5ª CNSM e *Ascom CNS e Comunicação Colaborativa da 5ª CNSM*



Fonte: CNS



6. MESAS DE DEBATES

A programação da 5ª CNSM abarcou quatro mesas de debate que abordaram os eixos temáticos da conferência, sendo cada uma das mesas compostas por duas pessoas coordenadoras além de três palestrantes, cujas apresentações foram organizadas em formato sintético, a partir de gravação e ajustes de texto mediadas com cada pessoa. Os vídeos contendo o transcorrer das mesas de debate e as falas dos palestrantes na íntegra podem ser acessados nos links registrados no relatório.

Mesa do Eixo 1:

Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=gvOrSO4ufiE&list=PLHJnXqt42XX6HgtTW4mE6tXv1MiClPWFY&index=5>



Lorrane Pinheiro Moreira Ferreira¹

A liberdade é o cuidado, é um cuidado necessário para aqueles ditos loucos. Mas o que é liberdade?

Na minha primeira experiência, trabalhando e participando do processo de desinstitucionalização de pessoas em grave sofrimento psíquico, liberdade era poder escolher o que comer, o que vestir e experimentar um alimento pela primeira vez.



Nós, trabalhadores da RAPS, precisamos nos reinventar todos os dias para não cairmos em um cuidado manicomial, por vezes, nomeados como protocolos, é preciso vivenciar e construir o cuidado em liberdade junto aos usuários.

Cuidar em liberdade é o fazer junto, é estar com os sujeitos nos mais diversos espaços e é ser um mediador. Não cercear desejos, mas construir junto à pessoa, possibilidades e ou meio termos.

Pensar o cuidado em liberdade também é pensar nas potências do território, não só pensar no sentido de atenção básica, os serviços terciários, os especializados, mas pensar as igrejas e as associações de moradores, as praças, a própria rede afetiva que os usuários constroem por meio da sua circulação. E encontrar no caminhar junto com o usuário, outros atores para o seu PTS e/ou até mesmo para sua atenção à crise.

Quando penso em cuidado em liberdade, penso em articulação que vai para além dos serviços de saúde e tem muitas possibilidades e potências.

[1] Coordenadora de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé - RJ, pesquisadora na UERJ, e atua no CAPS como enfermeira.

Sônia Barros (DESMAD)¹

Cuidado em liberdade como garantia de direito à cidadania

Recentemente nosso país atravessou um período de contrarreforma psiquiátrica com um ataque profundo aos valores e às conquistas duramente construídas ao longo de mais de 4 décadas de Reforma Psiquiátrica.

Em 2022 a população brasileira entendeu que DEMOCRATICAMENTE era preciso colocar o país outra vez nos trilhos do século XXI. Assim o ano de 2023 foi iniciado e está sendo finalizado com importantes acontecimentos.

Ao longo dos três últimos séculos, o discurso que se tornou hegemônico no manejo da loucura construiu um paradigma centrado no controle dos corpos e na perda da liberdade. A internação tornou-se a estrutura mais aparente da experiência clássica do manejo da loucura desde o século XVIII e a perda da liberdade passou a ser exigida como condição de entrada para o tratamento. O século XXI não pode repetir os métodos popularizados nos primórdios do alienismo. Para tanto, é preciso combater todos os discursos e práticas que tentam anular a dignidade humana.

Basaglia nos diz que “o primeiro passo para o tratamento é o retorno à liberdade...” Em perspectiva semelhante, Frantz Fanon renova a importância do reconhecimento da liberdade para a saúde mental ao afirmar que “liberdade e sanidade andam juntas”.



Sendo o cuidado em liberdade um fundamento para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, seus efeitos precisam alcançar também as pessoas que, por uma condição prévia de problemas mentais, hoje estão presas em espaços asilares. Os Direitos Humanos nasceram da luta e da defesa de novas liberdades contra os velhos poderes ou os velhos sistemas de opressão. Portanto, é necessário considerar que o cuidado em saúde mental digno é seguramente o cuidado em liberdade que deve ser elevado à categoria de uma condição civilizatória. Rotelli refere que “É preciso que estejamos juntos para sermos livres. Ninguém pode ser livre sozinho, ninguém pode ser livre se não se tem uma finalidade comum a todos”, é preciso “realargar os espaços de liberdade interna do ser humano, no sentido de sua emancipação. Para isto, é necessário também emancipar o ambiente no qual se vive, pois não é possível aumentar a liberdade sem aumentar o estatuto de liberdade de sua volta”.

[1] Diretora do Departamento Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - Ministério da Saúde. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (USP).

Kleidson de Oliveira¹

Observação: a fala seguir constitui uma narrativa pessoal de vida, foi mais longa, mas devido à necessidade de compilar as apresentações nas mesas temáticas, ela foi reduzida pela equipe de relatoria, com a autorização e aprovação final do palestrante.

Sou Kleidson de Oliveira, sou um homem negro, tenho histórico de situação de rua. Eu estou devolvendo para a rua o que foi me dado, estou tentando mostrar que só precisa agarrar na segunda chance quando chegar, igual eu agarrei. É muito trabalhoso. Eu vivi dias horríveis, tentando sair desse vício, e me manter longe dele. Eu trabalhava pra comprar pedra e beber. Um dia eu comecei a puxar na memória a saudade da minha família e isso foi doendo no meu coração. Ser morador de rua é ser livre de muita coisa, só que tem a questão da violência, cometida pelo Estado ou por outro morador de rua. Não ter onde dormir, às vezes não ter agasalho. Você fica desacreditado. Hoje eu sou Conselheiro de Saúde aqui em Sobradinho, sou representante dos usuários de saúde mental. Fazer esse trabalho de ajuda mútua é como se eu estivesse vivendo a minha própria história.

Nós usuários precisamos lutar pelos nossos direitos. As mulheres são as principais vítimas do uso de álcool e drogas, e é para elas que sobra o cuidado. As mães de usuários de álcool e outras drogas precisam parar de acreditar em milagres, pois assim serão enganadas por pastor dono de comunidade terapêutica, que vai roubar vocês e vai no Estado angariar recurso e tirar a chance de o usuário ter um cuidado de verdade.

Eu peço apoio aos usuários para a proposta de ajuda mútua e suporte de pares, a gente faz a ligação dos usuários com os CAPS. Outra proposta: “não às comunidades



terapêuticas e o fim dos manicômios em todo país”. A Saúde mental do Brasil tem um inimigo que se chama Associação Brasileira de Psiquiatria. Hoje nossa luta é pelo CAPS Infantil, e isso vai diminuir a população em situação de rua. Todo CAPS deveria fazer assembleia mensalmente e ter conselho gestor e usuários como conselheiros. Em todos os estados deveria ter SRT e CAPS III.

[1] Conselheiro de Saúde em Sobradinho - DF, representante das pessoas usuárias de saúde mental. Representante do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR)

Mesa do Eixo 2:

Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=ZcLup62EW1E&list=PLHJnXqt42XX6HgtTW4mE6tXv1MiCIPWFY&index=3>



Helvécio Miranda Magalhães Júnior¹

Uma enorme satisfação estar aqui nesta 5ª. Conferência Nacional de Saúde Mental, como Secretário de Atenção Especializada em Saúde, onde está o recém-criado, e com nome adequado, Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, criado por Medida Provisória, na primeira semana do atual mandato do Presidente Lula. O financiamento do SUS e da Saúde Mental foi incrementado nesta gestão do MS. No caso da RAPS foram acrescidos de 30% em todo o seu custeio, com vistas a ampliar a participação federal no financiamento da rede. E prevendo fazer isto todos os anos. Este



foi um dos desastres dos últimos anos sombrios que tivemos, desarranjando o nosso sistema de saúde. Não foi só a Pandemia da COVID 19, mas o desgoverno no Ministério da Saúde (MS) que deveria coordenar o sistema nacional de saúde, em parceria com Estados e Municípios. Ou o MS foi omissivo, sem coordenar o SUS, ausente, ou foi ofensivo à própria saúde como na propaganda contra as vacinas, deixando vulnerável a população brasileira, além do grande número evitável de mortes na Pandemia.

E teve um desmonte no caso da saúde mental, de uma forma determinada: voltar a ter leitos psiquiátricos como prioridade, aumentar o seu financiamento, aceitar serviços manicomial, permitir eletrochoque são exemplos desta ação. As conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira foram afrontadas, questionando suas lacunas e não reconhecendo seus avanços. Também não vou falar de todas as dificuldades, como por exemplo da confusão gerada na área da atenção primária. Deixaram de financiar as equipes multiprofissionais, que tanto papel têm também na saúde mental. Criaram a Secretaria Nacional de Prevenção do Uso de Álcool e outras Drogas, para financiar as chamadas Comunidades Terapêuticas, que nem são comunidade e muito menos terapêuticas.

Em janeiro de 2023, o sistema informatizado onde todos os municípios colocam os serviços para serem habilitados estava fechado para habilitações de todos os serviços da RAPS, simples assim! E além de credenciarmos dezenas de novos em 2023, colocamos os CAPS como um dos elementos do chamado Novo PAC Saúde, lançado pelo Presidente Lula. E também tivemos que desmontar o entulho manicomial, revogando a Portaria 3588, que ajudava a criar pedaços de manicômio, na contrarreforma psiquiátrica. Retomamos a discussão institucional para escutar todo o país e suas diversidades e vamos incluir os Centros de Convivência na RAPS. Evidentemente, a retomada do diálogo com o controle social faz parte do título da mesa. E uma interlocução permanente, Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Cultura, onde temos um conjunto de ações, inclusive, editais conjuntos, Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania e o próprio Ministério de Desenvolvimento Social, além da Justiça por conta da SENAD.

E agora com esse desenho nacional nós vamos atrás das regiões de saúde onde tem vazios de assistência para propositalmente dialogar com os conselhos, com estados e municípios e lá propor as ampliações. Se a cada ano a gente conseguir dar um aumento no custeio a participação federal será ampliada e vai permitir aos municípios aumentarem serviço, então, isso é muito virtuoso do ponto de vista do crescimento da RAPS, porque nós estamos convencidos, isto é parte da resposta inclusive na disputa política e ideológica nas comunidades terapêuticas. Além disso, nós estamos desinstitucionalizando os milhares de brasileiros e brasileiras presos nos chamados manicômios judiciais. Isso também é parte da emancipação, parte do cuidado qualificado, intersetorial e a liberdade de todas as pessoas.



Nossa resposta é cuidado em liberdade, mas é cuidado mesmo, não é fingir que está cuidando, se responsabilizar, não deixar ninguém para trás no sentido de que não caminha para e se perde na intrincada rede de serviços. O CAPS encaminhou para o CAPS AD, alguém acompanhou para ver o que aconteceu? Este cuidado de verdade integral e qualificado é o que queremos para todo o SUS. Muitos são os desafios, mas muito também é o ânimo para esta nova quadra da história da RAPS no Brasil.

[1] Secretário de Atenção Especializada à Saúde em 2023. Médico, integrou o grupo Políticas de Saúde e Proteção Social da Fiocruz Minas entre 2019 e 2022.

Rosana Onocko-Campos¹

Sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica possui alguns mantras: Trancar não é tratar; Manicômio nunca mais; Fora comunidades terapêuticas. Mantras mantêm vivo o significado de nossas lutas. São valises ético-políticas de nossa ação, mas insuficientes à hora de governar. Analisando a conjuntura atual, proponho 3 eixos de intervenção sobre as políticas públicas de Saúde Mental.

a) No âmbito do SUS

Expandir serviços e recuperar o sentido e o funcionamento dos serviços comunitários. A pandemia em mãos de um governo genocida os paralisou. Muitos extinguiram grupos e oficinas e continuam assim. Perdida a dimensão psicossocial, as respostas predominantes são a medicalização e a proliferação de diagnósticos! Precisamos ganhar para nossa causa os bons psiquiatras, que estão preocupados com o excesso de medicação e com a qualificação diagnóstica. Os trabalhadores da RAPS, exauridos e maltratados pelas gestões locais e as terceirizações, reagem com burocratização, que é uma doença institucional e tem tratamento. É urgente recuperar as supervisões clínico-institucionais. A integração de rede com as eMulti e atenção primária é capenga. Nossos serviços estão atrasados à hora de incorporar práticas clínicas alternativas. Diálogo aberto; housing first; Gestão Autônoma da Medicação, Ouvidores de vozes, suporte de pares deveriam ser diretrizes do governo federal. Não basta dizer o que não queremos, temos de dizer o que vamos colocar no lugar. A APS brasileira continua inerte perante a violência, sem saber o que fazer frente às adições e sem realizar grupos eficazes. Cabe a Saúde Mental liderar e propor treinamentos específicos.

b) Na intersetorialidade

Incrementar a esperança é condição para diminuir a autoagressão e a violência entre jovens. Escolas, que deveriam ser um lugar de desenvolvimento e proteção, são um espaço de reprodução da violência: racismo, desrespeito pela orientação sexual,



imposição de moral religiosa maltratam nossos jovens. Só a Saúde Mental pode ajudar nessa interação.

O sistema protetivo da assistência social não consegue cumprir sua missão, nem interromper o ciclo da pobreza e da violência. Existe farta literatura demonstrando a associação entre Saúde Mental e pobreza. Devemos interromper esse ciclo.

Em relação à justiça, manter viva a luta pela descriminalização do porte de drogas. Isso permitiria retirar da cadeia milhares de jovens. Descriminalizar já deveria virar um de nossos mantras!

c) Na cultura e na sociabilidade brasileiras

A sociabilidade brasileira foi estropiada por um sistema de “salve-se quem puder”. Isso foi hiperestimulado pelo *ultraneoliberalismo*, mas também pelo racismo, o patriarcalismo e o colonialismo seculares. Devemos desenvolver uma cultura da paz, recriação de espaços comunitários, proximidade entre as pessoas, que estimulem a porosidade social para superar esse verdadeiro apartheid social que vive o Brasil.

A luta continua!

[1] Presidente da ABRASCO (2021 – 2024). Médica, psicanalista, professora do Departamento de Saúde Coletiva da FCM Unicamp

Evalcilene Santos¹

Olá, sou a Evalcilene Santos, uma mulher parda, uma mistura de mulher indígena com negra. Sou uma mulher vivendo com HIV/AIDS há 24 anos. Eu sobrevivi à AIDS, ao COVID e ao fumaceiro que está na região Norte e que vem matando muitas pessoas e muitos animais. Isso é questão de saúde mental. Sou usuária do CAPS, tomo meus medicamentos e não preciso entrar em nenhuma comunidade terapêutica, que estão camufladas como os hospícios de antes.

Nós precisamos entender as necessidades de saúde de acordo com o território, porque a nossa regionalidade é diferente, nosso povo é diferente. Nós estamos em um momento muito complicado, por exemplo, na região Norte, com o suicídio dos nossos jovens indígenas. Estamos preocupados, porque a pandemia causou muitas consequências, por conta da negação da ciência.

Tivemos momentos tristes, sombrios nas nossas vidas. E pela força da democracia, pelo poder do povo brasileiro hoje nós estamos livres de um passado cruel, remoto e sombrio. Livres! E é assim que nós queremos estar, pois a loucura não se prende! Muitos de nós morremos encarcerados em hospícios! Nós não queremos estar presos novamente. Nós queremos um local digno, com qualidade, com as PICS



implantadas em todos os cantos. Queremos um local que nos acolha, e não que nos puna. Todas, todos e todes estamos convocados a radicalizar ainda mais o fortalecimento da democracia participativa, temos o direito de participar diretamente das tomadas de decisões, e dizer o que é importante para nós. Queremos a redução de danos de volta para cuidar das pessoas usuárias de álcool e outras drogas. Precisamos nos fortalecer como movimento social. Precisamos defender a vida das pessoas como igual, mas também como diferentes, porque nossos corpos são diferentes.

Não aos hospícios camuflados em comunidades terapêuticas!

[1] Professora, militante, redutora de danos. Representante do Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas. (MNCP).

Mesa do Eixo 3:

Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=52FzkSpSeWc&list=PLHJnXqt42XX6HgtTW4mE6tXv1MiClPWFY&index=2>



Putira Sacuena¹

Bom-dia, todas, todos e todes! Sou uma mulher indígena. Gostaria de pedir licença para a minha ancestralidade trazer nesse momento toda a sabedoria para construirmos uma política que realmente faça sentido para nós, povos indígenas. A



saúde mental só existe se falarmos de bem viver indígena. O nosso papel é fortalecer o cuidado que já existe no território. Estamos falando de mais de 305 povos indígenas hoje. A sociedade não indígena precisa ter essa compreensão que somos um ser biopsicossocial e espiritual. As linhas de cuidados precisam estar não apenas na SESAI e na FUNAI, porque a questão indígena é responsabilidade das três esferas de governo. Viemos demarcar o nosso espaço enquanto indígenas, detentores de ciências indígenas. Gostaria de que vocês prestassem atenção nessa primeira imagem, que retrata quatro mulheres indígenas e representa toda a pluralidade do meu povo Kaingang. A nossa ancestralidade, as nossas medicinas estão em toda a composição do que nós somos. As medicinas indígenas vão além das ervas medicinais. Estão na nossa forma de ver o mundo, de estar no mundo. Elas estão ligadas a todas as práticas tradicionais de alimentação, de artesanato. A tinta para pintar o meu corpo não deixa de ser remédio para o meu povo. Quando a gente se pinta, quando a gente conecta com a ancestralidade, está fazendo cuidado. É isso que o SUS, hoje, precisa reconhecer: as nossas práticas de cuidado. O SUS precisa conhecer os povos indígenas porque sabemos tudo sobre vocês. Sabemos como vocês pensam, sabemos como vocês agem. E o que vocês, não indígenas, conhecem sobre nós? É preciso respeitar e pensar uma forma de cuidado de acordo com as especificidades de cada povo. Quando falamos de ancestralidade, falamos de presente, assim como de passado e com a expectativa de futuro. Aqui é uma foto de um pajé do meu povo. Que esses especialistas indígenas façam parte desse cuidado dentro e fora dos nossos territórios. Temos as parteiras e demais especialistas, temos os nossos velhos. Temos líderes espirituais que fazem toda diferença nesse cuidado que queremos, e que em cada povo tem uma denominação diferente. Precisamos pensar em uma rede de cuidados dentro e fora do território tradicional.

O dia em que não existir lugar para indígena no mundo, não haverá lugar para ninguém. Quando falamos de aquecimento global, de meio ambiente, estamos falando de bem viver indígena, de saúde mental. Hoje enfrentamos uma seca na Amazônia, no Rio Grande do Sul enfrentamos enchentes. Isso impacta a nossa saúde mental, o bem viver dos povos indígenas. Hoje enfrentamos um processo de violência muito grande dentro dos nossos territórios. E a violência nunca vai ser cultural. Precisamos entender que iniciou lá atrás, porque o Brasil nasceu do estupro de uma mulher indígena. Precisamos discutir isso dentro dos nossos territórios, ouvir uma verdadeira história. Não foi descobrimento, foi invasão. Isso impacta até hoje a saúde mental, porque o processo de colonização não terminou. Precisamos fazer o enfrentamento dessas violências, do processo de alcoolização, do suicídio dentro do nosso território, porque isso é processo de colonização, é o resquício de quando o nosso território foi invadido. A violência sexual precisa ser combatida porque não aceitamos que mulheres, meninas de 4 – 5 anos tenham seus corpos violados. Nossas meninas e mulheres precisam ser respeitadas. Queremos que nossas crianças tenham o rio, tenham a aldeia, tenham terra demarcada. Hoje falar de saúde mental é falar de território demarcado. Marco temporal não! Marco temporal mata! Lutamos contra toda desigualdade, contra toda violência, contra tudo que nos causa dor e sofrimento. Temos muita potência de vida. Nossa cultura



está viva. Estamos aqui. Somos raízes, não somos apenas folhas. Nossa ancestralidade vai conosco aonde nós formos.

Nunca mais um Brasil sem nós! Queremos fazer parte de toda a construção das políticas públicas que vêm ao encontro com os nossos interesses, com a nossa ancestralidade.

[1] Indígena Baré, Biomédica, Doutora em Bioantropologia, pós-doutoranda e Diretora no DAPSI/SESAI. Coordenadora das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab)

Pedro Gabriel Delgado¹

Universalidade, integralidade e equidade na retomada da política nacional de saúde mental

É uma alegria participar da Quinta Conferência Nacional de Saúde Mental Domingos Sávio. Estou muito feliz de estar aqui, porque considero uma vitória estupenda a realização desta conferência em 2023. Foi crucial que tenhamos conseguido, graças ao esforço de todas as pessoas envolvidas - Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, o governo de uma forma geral, usuários, profissionais e familiares, militantes do nosso campo - que essa Conferência pudesse ser realizada. Ela é necessária para, em primeiro lugar, podermos voltar a pensar na política, sendo, portanto, uma retomada da política de saúde mental, que havia sido interrompida a partir de 2016.

Além da retomada da política, eu gostaria de abordar os três princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade, e os desafios que colocam para o campo da saúde mental. Propostos em 1990, continuam potentes e fortes como linhas diretrizes para uma política de saúde mental que almeja funcionar como instrumento de promoção da equidade e do bem-estar. Gostei muito da apresentação da nossa colega da saúde mental indígena, e vou me valer também do conceito que ela utiliza, o bem viver, oriundo dessa sabedoria dos povos ancestrais. Certamente a universalidade é o princípio fundamental da nossa política, isto é, deve o cuidado em saúde estar ao alcance de todas as pessoas. Isso é possível? É possível uma oferta universal de cuidado em saúde? Temos o tempo todo que afirmar que sim e buscar construir essa política universal. Para isso, é preciso enfrentar as barreiras de acesso, as imensas barreiras de acesso que existem no cuidado da saúde mental. O tema da integralidade. Penso que ele nos impõe considerar duas coisas fundamentais. Quando falamos em longitudinalidade do cuidado, somos impelidos a considerar os aspectos da vida real da pessoa, seu contexto social e de vida, de sua comunidade, do coletivo e do serviço onde é atendida. A integralidade significa que a saúde mental não é uma prática que se realiza fora do mundo. Queria me lembrar de umas das afirmações do Benedetto Saraceno, ontem, na abertura da



Conferência. Ele fala claramente que o contexto, o mundo, a vida, o dia a dia, é a essência do cuidado. Cuidado não se dá entre uma pessoa, a cuidadora, e outra pessoa que é objeto desse cuidado, ele se dá bem no caminho, no entre, no contexto de vida, e a integralidade nos ensina isso. Finalmente a questão da equidade, o desafio-síntese das políticas de bem-estar social em uma sociedade na qual a desigualdade é a marca estruturante. Políticas de saúde e outras políticas sociais têm como principal enfrentamento as diversas formas iníquas de apresentação da desigualdade, na micro e na macropolítica.

Então, devemos considerar esses três princípios ao pensar nas nossas práticas cotidianas. Quais são nossos desafios hoje no cuidado em saúde mental? Pensemos no impacto da pandemia sobre a saúde mental. A humanidade está vivendo, nós estamos vivendo, um momento de sofrimento, um sofrimento que eu queria trazer como reflexão para vocês, que não é só por conta da pandemia, também por conta das várias formas de iniquidade, e que não pode ser reduzido a categorias do nosso campo de diagnósticos. Nossa intervenção como profissionais do campo da saúde mental é sobre o sofrimento social. Nós não somos profissionais que cuidamos de transtornos mentais, não somos profissionais que cuidamos de sintomas; nós temos esse, digamos, esse mandato, de saber enfrentar as consequências do trauma social e do sofrimento social.

Avançando um pouco neste argumento, direi que a nossa formação técnica vai na contramão da ideia de sofrimento social, ela vai na vertente da individualização do sofrimento. Entretanto, nossa intervenção sendo feita apenas no indivíduo é menos eficaz do que aquela que é feita no coletivo, sob uma ética de pertencimento coletivo. Então, penso que temos que ser também críticos dessa razão classificatória da psiquiatria, crítico dessa razão que classifica o sofrimento sempre com critério diagnóstico. Aqui no Brasil temos agora políticas consolidadas na forma de leis que determinam que haja uma identificação precoce de sofrimento (ou signos de sofrimento, no campo sindrômico do espectro autista) em crianças de um ano e meio e dois anos. Consideramos que essas medidas atendem de forma distorcida o sofrimento dos familiares, que ficam na expectativa dessa produção de tais diagnósticos.

Portanto, penso que temos uma missão, (mesmo que essa palavra missão possa parecer uma palavra messiânica), com todo rigor e com toda a energia temos que combater a patologização do sofrimento, fortalecer as linhas de cuidados que já existem, que são as linhas que a população vai construindo para seu bem-estar, construir novas estratégias de cuidado, e a partir daí compartilhar o enfrentamento do terrível drama social em que vivemos. Não é drama, é a tragédia social que nosso país vive, uma tragédia em forma de violência, na forma de pobreza, na forma de precarização, na forma de preconceitos. Então, a saúde mental tem um ensino também, nós temos, digamos assim, uma transmissão a fazer para dizer que praticamos uma cultura do cuidado. Nós não somos profissionais da importação do diagnóstico, nós somos profissionais da promoção da saúde mental, que significa a promoção do bem viver, este



lindo conceito que os povos originários estão ofertando ao campo da saúde mental. Obrigado pela atenção.

[1] Psiquiatra, professor da UFRJ e diretor do Instituto de Psiquiatria (IPUB), foi coordenador de Saúde Mental e Política de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde de agosto de 2000 a dezembro de 2010; vice-presidente regional da Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial (WAPR).

Marco José de Oliveira Duarte¹

O tema do eixo 3 da 5ª CNSM articula os 3 princípios do SUS para tratar da política de saúde mental, a universalidade, a integralidade e a equidade. Portanto, é um debate que ao tomar a ruptura com a lógica manicomial em que se assenta a reforma psiquiátrica brasileira, coloca em cena a precariedade da vida e as iniquidades em saúde em que ainda estão presentes usuárias e usuários do SUS.

Particularmente, quando a análise da interseccionalidade da luta é o carro-chefe que articula esses princípios para efetivar a cidadania e o cuidado em liberdade. Já superamos a perspectiva de tratar a lógica manicomial só pelo ponto de vista físico-organizacional, como o lugar do hospital psiquiátrico na crítica antimanicomial. Estamos, neste momento, fortalecendo o novo modelo assistencial da saúde mental, instituído pela rede de atenção psicossocial, como um legado dos movimentos das reformas sanitária e psiquiátrica no âmbito do SUS. Portanto, assim como a intersetorialidade, que foi o eixo da nossa última conferência, em 2010, e, de certa forma, ainda vem corroborando para a ampliação da política de saúde mental, pelo pouco que de fato se efetivou.

Atualmente, este debate se complexificou, com a interseccionalidade, que toma os sofrimento-existências de cada pessoa como coletivo nos marcadores sociais de diferença para o cuidado. Estamos tratando do sujeito enquanto produto social, composto de corpo, raça, etnia, gênero, sexualidade, classe, deficiência, enfim, multiplicidades, seja criança, adolescente, jovem, idoso. É o cuidado além do modelo biomédico, é a implicação entre vários saberes, sujeitos, corpos, territórios. É sofrimento para além da patologização-medicalização, pois também produto das múltiplas determinações sociais, como racismo, LGBTfobia, sexismo, cisgeneridade, manicolonial.

[1] Professor da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Membro titular do Fórum Permanente da Diversidade da UFJF.



Mesa do Eixo 4:

Observação: Devido à necessidade de ampliação do tempo para debate e deliberação nos grupos de trabalho, houve um ajuste na programação e a suspensão da mesa do Eixo 4. Posteriormente, as pessoas palestrantes concordaram em fornecer a síntese dos textos que haviam elaborado para inclusão no relatório final.



Mário Moro¹

A pandemia de COVID-19 gerou enormes impactos no Brasil e ao redor do mundo, causando mudanças nas rotinas de trabalho, educação e lazer, no uso dos espaços públicos e privados. Isso gerou grande aumento no número de pessoas com transtornos mentais de maneira global. No Brasil, as características da gestão federal na época agravaram a desigualdade social; em consequência, o nível de violações de direitos humanos e sofrimento mental da sociedade, o medo de adoecer, perder entes queridos, ser demitido, preocupação com o futuro, se destacaram entre os relatados nas redes sociais por milhares de pessoas durante a pandemia. Pesquisas mostravam grande número de profissionais que atuavam na linha de frente do combate à doença da Covid-19 com pensamentos suicidas, com perda de satisfação na carreira ou na vida. Usuários da RAPS só indo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para pegar remédio sem poder entrar na unidade, com oficinas terapêuticas paradas e tratamento psicossocial deixando de ocorrer levaram à recaída e crise de muitas pessoas usuárias. Voltado ao pós pandemia, é preciso que o dinheiro público deixe de ir para Comunidades Terapêuticas e seja aplicado em CAPS III, organizar um plano nacional extinguindo os HCTPS com processo de desinstitucionalização garantindo cuidado em liberdade na



RAPS, aumento de SRT, investimento em projetos de geração de trabalho e renda e moradia.

[1] Representante do segmento de pessoas usuárias do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA)

Eduardo Mourão Vasconcelos¹

A saúde mental da população e os avanços na reforma psiquiátrica dependem das condições econômicas, políticas, sociais e sanitárias do país. Desemprego, aumento da pobreza, violência urbana/rural e tragédias ambientais provocam ansiedade, depressão, pós-trauma, consumo de substâncias e agravamento do sofrimento mental mais severo, para as vítimas diretas e para familiares e amigos.

Na pandemia, muitas pessoas sofreram forte impacto em sua saúde mental, pelo isolamento, medo de contágio, internações e mortes vividas de forma traumática. Tudo isso gera mais demandas em saúde mental, e a OMS estima que 20% da população requer alguma forma de atenção. Porém:

- ambulatorios com atendimento individual são inadequados;
- atenção básica muito centrada na atuação de médicos aumenta a prescrição massiva de medicação psiquiátrica.

Precisamos de uma atenção básica mais ampla, mais integrada à RAPS, com mais dispositivos grupais e comunitários (PICS, suporte de pares presencial e virtual, grupos operativos, terapia comunitária), educação popular, projetos socioeconômicos e culturais, e integração intersetorial.

Além disso, na pandemia criamos ferramentas virtuais para atenção individual, suporte de pares e oficinas, mas isso requer inclusão digital em serviços da RAPS para trabalhadores, pessoas usuárias e familiares.

Porém, a precarização do trabalho avançou: contratos temporários, falta de concurso público, baixos salários, ausência de planos de carreira, gestão centrada no lucro/números, rotatividade de trabalhadores e perda de experiência e formação, e não regulamentação de categorias fundamentais (em serviços residenciais, suporte de pares, oficinas[os] e redutoras(es) de danos).

Para superar essa realidade, precisamos de:

- contratação de pessoal por concurso público;
- estabilidade no emprego e direitos trabalhistas garantidos;



plano nacional de carreira, cargos e salários;

garantia de pisos salariais nacionais;

dedicação exclusiva e educação permanente.

[1] Professor aposentado da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Foi fundador e hoje é coordenador emérito do projeto de pesquisa e extensão Transversões (Saúde Mental, Desinstitucionalização e Abordagens Psicossociais).

Fernanda Penkala¹

Impactos na Saúde Mental da População e os desafios para o cuidado psicossocial durante e após a pandemia.

Com a relevância deste tema na 5ª CNSM, cabe-nos aqui dar luz a algumas reflexões sobre desafios e impactos no campo da Saúde Mental na Pandemia...e no depois dela. O “antes” não podemos modificar, ainda assim, é crucial termos aquela experiência em mente para não naturalizarmos precariedades já existentes, desde antes, em resposta às necessidades de organização do Sistema. Precisamos, mais que nunca, evitar o olhar reducionista da “retomada da normalidade”. De qual normalidade se fala? Vale para qualquer desastre: somente “apagar incêndios” não será suficiente! Em certo sentido, podemos dizer que a Crise de 2020 foi uma crise anunciada, tendo em vista a precarização já percebida antes da Emergência Sanitária. Com isso em mente, se pode facilmente constatar que precisamos construir e reconstruir não reproduzindo “mais do mesmo” daquele tempo, e antes dele. Precisaremos nos haver com novos desafios e pactos civilizatórios, nos reinventar, preservar o que foi aprendido e conquistado no processo, e ir além no Cuidado em Saúde e suas complexidades daqui em diante. Será preciso que tenhamos mais e melhores ferramentas institucionais, estruturais e humanas, que nos permitam enfrentamento mais adequado às novas Crises Humanitárias, elas acontecerão!

A realização da 5ª CNSM, ela mesma, tantas vezes adiada em decorrência da Pandemia, e para além dela, confirma os desafios do SUS. Com a Emergência Sanitária em cena tivemos que nos debruçar, muito rapidamente, e quase que exclusivamente, sobre adaptações e (re)organizações das redes/serviços, em confronto com as perspectivas devastadoras, com a previsibilidade de colapso do Sistema, sem orientações ou apoio de autoridades e lideranças governamentais e sanitárias, além das nossas próprias contradições. Tivemos que nos reinventar, aprender, em tempo *record* sobre a Covid-19, como enfrentar uma Pandemia e necessidades dela decorrentes, eleger ações, por prioridade, para assistir à população, salvar vidas, providenciar insumos, e tantas outras urgências. Assumimos novos papéis, pensamos modos de comunicação/informação, incorporamos novas tecnologias nos processos de trabalho,



entre tantas outras necessidades inusitadas. Tudo isso em confronto com a imprevisibilidade, medos, insegurança, adoecimentos de gravidades distintas, mortes e lutos e, para piorar, em embate direto com o desmonte e retrocessos abismais no SUS, na RAPS e nas políticas públicas em geral. A precarização do Sistema, como escolha política e governamental foi evidente, também as escolhas do governo central com a condução desastrosa e nefasta frente à Emergência Humanitária pelo Corona Vírus.

Aprendemos, dominamos e nos adaptamos às inovações tecnológicas e relacionais, e com elas acionamos criatividade diversas para garantir o Cuidado Psicossocial durante a Pandemia. Na experiência pessoal como servidora e formadora no SUS, na realidade de Residências em Saúde Mental - ferramenta de ensino-serviço na RAPS, ou seja, desenvolvidas em dispositivos assistenciais do SUS -, as tecnologias e inovações nos garantiram, além da manutenção da Atenção Psicossocial, também a permanência da educação/formação “do SUS, no SUS e para o SUS”. Foram, além de tudo, cruciais para enfrentar o distanciamento, isolamento social, garantindo a assistência e manutenção dos vínculos com a população assistida, a qual, de outra forma, teria sido ainda mais excluída, negligenciada e vulnerabilizada. Tais inovações, em nosso campo, nos permitiram ampliar o cuidado e a articulação das Redes, mesmo considerando todas as dificuldades de acesso às mesmas. Exemplos que nos auxiliaram na tarefa assistencial na RAPS, e que, de alguma forma, também protegeram nossa própria saúde mental: capacitações para as Redes, oficinas, grupos terapêuticos e de mútuo-auto ajuda, atenção à Crise em SM e Escuta Breve por via remota; acompanhamento diário, atendimentos e grupos de trabalho, por telefone, whatsapp e videochamadas; visitas domiciliares em “distanciamento”; seminários, supervisão, discussões de casos e apoio matricial por videochamada; prescrição digital; ampliação de apoio matricial em SM para a APS, só para citar alguns. Muitas dessas inovações inacessíveis na Saúde, à época, por proibição, falta de regulamentação ou inexistência, mostraram-se potentes e eficazes na Pandemia. Com o devido olhar responsável sobre elas, são hoje uma necessidade, e plenamente possíveis de fazer parte das Tecnologias em Saúde e Saúde Mental, podendo ser incorporadas como ferramentas de cuidado, rotineiras no cotidiano do SUS.

[1] Médica psiquiatra, servidora pública, formadora no SUS, Coordenação da RAPSEscola e Residências em Saúde Mental – São Lourenço do Sul/RS



7. ATIVIDADES AUTOGESTIONADAS

A programação da etapa nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental Domingos Sávio (5ª CNSM) incluiu a realização de 18 atividades autogestionadas, promovidas por diferentes movimentos, entidades e instituições que atuam nessa temática.

Todas as atividades foram promovidas, simultaneamente, na segunda (11/12), das 10h30 às 12h30. As inscrições, gratuitas, foram feitas domingo (10/12), diretamente no local de realização da 5ª CNSM, no Centro Internacional de Convenções do Brasil.

As atividades autogestionadas são agendas de caráter não deliberativo e proporcionarão aos participantes da conferência um espaço físico para escuta e debate de uma rede de atenção do SUS que precisa ser observada, analisada, questionada e (re)construída.

A seguir, a listagem com tema, entidades e descrição da atividade, com texto informado pelas entidades organizadoras de cada atividade autogestionada.

Lista de atividades:

Tema: O fortalecimento de Conselhos Municipais de Políticas sobre Álcool e outras Drogas a partir da participação da sociedade civil

Entidades: Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas e Álcool de São Paulo - COMUDA/SP

Descrição da atividade: A atividade se dará com a responsabilidade da coordenação executiva do COMUDA e participação de atores da sociedade civil. Será solicitado a participação de um representante do município através da apresentação das realidades dos conselhos de Políticas sobre Álcool e outras Drogas em seus municípios, com uma fala de 3 minutos. Uma relatoria do conteúdo trazido pelos participantes será realizada, elencando pontos de discussão e diálogos no que se refere às principais problemáticas dos municípios no que se refere a saúde mental, álcool e outras drogas, assim como as dificuldades e desafios na atuação do conselho do município, assim como as potencialidades e conquistas. A partir dos elementos levantados se abrirá uma roda de conversa em que o COMUDA- SP mediará a construção de propostas, partindo da experiência deste conselho no que se refere à participação social na construção de políticas, principalmente no que se refere ao fortalecimento de ações de redução de danos, da RAPS e financiamento de políticas e serviços que preconizam o cuidado em liberdade.

Tema: A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Promoção da Saúde Mental – Reconhecer os Determinantes Sociais em Saúde para promover equidade e respeito à diversidade.



Entidades: Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde/Secretaria de Atenção Básica/Ministério da Saúde (DEPPROS/SAPS/MS)

Descrição da atividade: A dinâmica prevê a realização de rodas de conversa, organizadas a partir de perguntas direcionadoras onde se espera valorizar o diálogo, a partilha, o exercício de escuta e fala dos participantes da atividade. Assim, espera-se que o tema seja motivado e constituído a cada interação com o outro, de forma que as falas sejam complementares e reúnam as diversas experiências e vivências individuais e coletivas. Ao final, contaremos com um consolidado das discussões realizadas pelo coletivo de pessoas com a sistematização de algumas experiências.

Tema: A urgência da articulação entre os movimentos antimanicomiais e o enfrentamento às comunidades terapêuticas e a outras formas de manicômios.

Entidades: Movimento Nacional da Luta Antimanicomial - MNLA

Descrição da atividade: Será proposta uma roda de conversa entre as pessoas participantes. Uma pessoa facilitadora, irá fazer uma breve contextualização sobre as políticas de saúde mental na atualidade, relacionando com a importância da participação social para o fortalecimento da perspectiva antimanicomial, em sua radicalidade.

Tema: Agenda Brasileira de Política de Drogas

Entidades: Plataforma Brasileira De Política De Drogas

Descrição da atividade: Apresentação da Agenda Brasileira de Política de Drogas; debate com participantes.

Tema: Assistência e Permanência Estudantil Como Política Pública De Saúde Mental Em Regiões Prioritárias Do Sus

Entidades: Associação Nacional dos Bolsistas Mais Médicos

Descrição da atividade: 10h30 - Será realizado uma apresentação inicial sobre Quem são os acadêmicos de Medicina Bolsistas Mais Médicos, aspectos legislativos do Ministério da Educação e da Saúde sobre a abertura de cursos de Medicina nos confins do país, e os desafios biopsicossociais que estes alunos de baixa renda tem sofrido, bem como o impacto desse processo sobre a saúde mental dos futuros médicos do interior do Brasil, tendo em vista que muitos têm adoecido e até mesmo evadido a universidade. Será realizada uma roda de discussão sobre vivências, aprendizado e oportunidades com representantes convidados do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, da União Nacional dos Estudantes, e dos Bolsistas Mais Médicos.

Os participantes terão direito a voz para debater os assuntos discutidos na atividade e buscar estratégias para o estabelecimento da assistência e a permanência estudantil



como política pública de saúde mental no Brasil. Encerramento com registro fotográfico com participantes.

Tema: Centros de Convivência e Cultura (CECON): da potência de acolhimento às diversidades aos desafios de financiamento para garantia deste serviço

Entidades: UFRJ e Coletivo Frente Estamira de CAPS

Descrição da atividade: A atividade proposta deverá ser realizada no formato de roda de conversa, que disporá das seguintes etapas:

1) Apresentação da equipe (coordenador e facilitadores) e do objetivo da atividade, 10 min;

2) breve apresentação da metodologia da atividade: serão apresentados dois eixos estruturantes a saber - a) Desafios e caminhos no financiamento de CECON: como escoar, promover e colocar em prática a economia solidária, geração de renda e cooperativismo?; b) Inclusão das diversidades nas atividades intersetoriais oferecidas por CECON: como garantir uma oferta mínima de iniciativas e estratégias que acolham grupos heterogêneos e vulneráveis na sociedade? O grupo de participantes deverá se dividir por eixo, para realizarem debate e elaboração de propostas acerca dos temas geradores dispostos, após, irão eleger um representante para fazer a leitura em voz alta das propostas gerada, 50 min;

3) cada representante irá enviar para os facilitadores as propostas criadas por cada grupo todo, que serão digitadas, 10 min;

4) Após digitadas e projetadas em tela, as propostas serão lidas pelos representantes dos eixos. A partir desta leitura, será permitida para todo o grupo o direito de voz, para a melhoria da redação das propostas indicadas, (15 min para cada grupo) 30 min;

4) O coordenador da sessão fará a leitura final das propostas já retificadas, 10 a 20 min.

A atividade deverá dispor de: 1 coordenador e 2 facilitadores para organização e orientação de seus participantes.

Tema: Chegou a Vez e a Voz dos Usuários da RAPS: Limites, Alcances e Desafios da Participação Direta dos Usuários da RAPS no Controle Social do SUS

Entidades: 2ª Conferência Livre Nacional de Usuários da RAPS

Descrição da atividade: A primeira dinâmica intitulada "A Voz e a Vez dos Usuários da RAPS" propõe a realização de 2 atividades: 1ª: FORMAÇÃO DE DUPLAS nas quais a interação se dará por meio de um diálogo assimétrico e unilateral buscando representar/simular e discutir o sentimento de desamparo, descaso, impotência e



abandono provocado em situações em que a escuta ativa não se faz presente diante do sofrimento psíquico. 2ª: TEIA DE BARBANTE formada por um fio de barbante que unindo falas, experiências, reflexões e emoções apresentadas numa roda, ofereça a sensação/significado de uma rede de apoio conectada e formada pelos próprios integrantes desta dinâmica unidos de ponta a ponta pelo fio de um barbante. A segunda dinâmica CULTURA CURA pretende por meio da música, poesia, cordel, desenho/pintura e performance/monólogo apresentar experiências pessoais/possibilidades artístico-culturais e terapêuticas de ressignificação do sofrimento psíquico. Finalmente propomos um DEBATE a partir de relatos de experiências em primeira pessoa do processo de construção e realização das 1ª e 2ª Conferências Livre Nacional de Usuários da RAPS buscando pautar os limites, impasses e desafios da participação direta dos usuários da RAPS no controle social do SUS em âmbito nacional.

Tema: Ciranda das Conferências Livres de Saúde Mental “Cuidado em liberdade, diversidade e garantias de direitos”

Entidades: Frente Ampliada em defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial - FASM

Descrição da atividade: Roda de conversa entre os participantes, incluindo representantes das

Conferências Livres Nacionais de Saúde Mental, com possibilidade de apresentação de fotos, vídeos e outros recursos.

Tema: Democracia e Direitos Humanos: A desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários e a Execução da resolução CNJ 487/2023

Entidades: Associação Brasileira de Saúde Mental e Conselho Nacional de Direitos Humanos

Descrição da atividade: Bloco 1: Apresentação de um breve panorama sobre a resolução 487 e contextualização sobre o quadro atual dos manicômios judiciários existentes, serão apresentadas algumas estratégias exitosas na interface saúde mental/justiça.

Bloco 2: Será mediado por ativadores um debate voltado à sistematização de propostas prioritárias a serem defendidas na 5ª CNSM, além da elaboração de proposições de políticas públicas antimanicomiais para pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei que serão publicizadas através de moções, incidências no âmbito legislativo, executivo e debate com a sociedade.

Tema: Documentário curta metragem (20 minutos): Milton Freire: um grito além da história



Entidades: Projeto Transversões (ESS-UFRJ)

Descrição da atividade: Iniciar por uma rápida mostra de imagens documentais e artísticas das paredes das ruínas de uma das alas mais antigas e opressivas do Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, onde a maior parte das filmagens com Milton Freire foram realizadas, exemplificando a proposta inspirada em Nise da Silveira de transformar a realidade mais dura da vida dentro dos hospícios em arte; logo em seguida, mostrar o documentário, seguido de uma conversa coordenada pelo produtor do curta Eduardo Vasconcelos (e se possível, se houver condição de viagem, também pelo diretor Victor Abreu), sobre a vida de Milton Freire e sobre o filme.

Tema: Educação, Territórios Populares e Cultura: instigando debates promotores em Saúde Mental.

Entidades: Fórum Favela Universidade / Fórum de Pré-Vestibulares Populares do Rio de Janeiro

Descrição da atividade: Em formato de roda de conversas, ativistas atuantes em territórios populares - nos temas Educação e Cultura - irão compartilhar suas perspectivas em torno dos desafios ao viver saudável em territórios vulnerabilizados, bem como de ações promotoras de saúde mental.

Tema: Fórum Nacional de Cannabis Medicinal e Saúde Mental: Por que implantá-la na PICS/Farmácia Viva/SUS?

Entidades: Sociedade Brasileira de Estudos da Cannabis – SBEC; Federação das Associações de Cannabis Terapêutica – FACT; Instituto Tricomas de Acesso a Cannabis; Associação Brasileira de Acesso do Rio de Janeiro; Instituto Força Dourada; Associação Tijucanna Cannabis Terapêutica; Fórum Popular de Saúde de São Paulo; Associação de Retinopatia Norte Fluminense/Retina Campos; Colégio de Educação Profissional Hélio Augusto de Souza; Movimento de Mães Jardineiras; Ayomidê Yalodê Coletiva de Mulheres Negras e LBTs; Kannabbons; Associação Mãesconhas do Brasil; Associação Brilho Verde; Coletivo Mente Sativa Goiânia; Mães e avós em luta por saúde – Paquetá; Fundação Terra Mirim - Centro de Luz; Maria Flor Associação Cannabica; Sítio Divina Floresta.

Descrição da atividade: O Fórum Nacional de Cannabis Medicinal e Saúde Mental: Por que implantá-la na PICS/Farmácia Viva/SUS? Seria dividido em 4 partes: Na primeira parte 2 ou 3 pesquisadores e/ou profissionais de saúde apresentariam um panorama das pesquisas envolvendo Cannabis e Saúde Mental; Na segunda parte apresentaremos depoimentos de pacientes, familiares de pacientes e de associações canábicas que estão atendendo esses pacientes; Na terceira parte 3 a 4 políticos engajados com a pauta da Cannabis Medicinal discutem as políticas públicas que podem regulamentar a Cannabis no Brasil e sua relação com a Saúde Mental. A quarta parte, abrimos sanar as dúvidas do público presente.



Tema: Participação social na incorporação de tecnologias em saúde no SUS (Oficina Participa Conitec)

Entidades: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS / Conitec

Descrição da atividade: A oficina será composta por três ciclos fundamentais: o primeiro visa apresentar os participantes, capturar as impressões e os conhecimentos prévios que eles têm sobre a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no SUS e as ações de participação social desenvolvidas e, com base nesse aporte, apresentar as ações de participação social; o segundo, no que lhe concerne, tem um caráter mais prático no sentido de promover reflexões em microgrupos acerca dos limites e possibilidades para a participação social em ATS no SUS, considerando as interfaces entre o trabalho da Conitec e as políticas públicas de saúde mental; e, como desdobramento dessa tarefa, o terceiro e último ciclo consistirá na troca entre os grupos, com a exposição da síntese do debate geral. A ideia é que cada microgrupo utilize os pontos de discussão, elaborados para agregar uma construção coletiva concreta, como um resultado que some as contribuições de todos os grupos. Para tanto, a dinâmica vai se basear nos fundamentos das metodologias ativas e participativas de aprendizagem, com aporte da pedagogia crítica, em que o sujeito participante é protagonista dos vários processos envolvidos na construção compartilhada de conhecimentos (CANDAU et al., 1995; CARVALHO; ACIOLI e STOTZ, 2001). O trabalho contará com cinco mediadoras.

Tema: Redução de Danos na atenção primária ações a partir do território de Saúde nas cenas de uso com matriciamento da Saúde mental.

Entidades: Associação Brasileira de Redução de Danos ABORDA

Descrição da atividade: Dialogando em roda de conversas e problematizando no território as cenas de uso e experiências exitosas com equipamentos de apoio na atenção primária.

Tema: Saudades de uma RAPS a luz da reforma psiquiátrica

Entidades: Associação potiguar PLURAL _UFRN

Descrição da atividade: Mesa de usuários da RAPS Natal/RN

Tema: Saúde Mental e Favelas: escuta ativa e produção de agenda estratégica

Entidades: Plano Integrado de Saúde nas Favelas RJ - Fiocruz/ UFRJ/ Uerj/ PucRJ/ Abrasco/ SBPC/ Alerj

Descrição da atividade: Roda de conversa para 75 pessoas convidadas. Iremos apresentar as ações de saúde mental do Plano Integrado de Saúde nas Favelas do Rio de Janeiro e discutir a temática da saúde mental no contexto pandêmico em favelas no Brasil. Os coordenadores dos projetos que trabalharam o tema da saúde mental irão



trazer as ações realizadas, as dificuldades e resultados obtidos. A partir disso, abriremos para discussão do grupo, visando a produção de elementos que auxiliem na construção de uma agenda estratégica de incidência para a indução de um planejamento de ações voltadas para a saúde mental da população que vive em favelas.

Tema: Saúde mental não é mercadoria

Entidades: Frente Nacional contra a Privatização da Saúde - FNCPS

Descrição da atividade: Será realizada a apresentação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e dos Fóruns e Frentes locais e regionais em defesa do SUS, no sentido de compartilhar as estratégias e lutas construídas regionalmente e nacionalmente, assim como a construção de lutas coletivas futuras.

Tema: Saúde Mental nas adolescências e juventudes

Entidades: UNICEF Brasil, "Rede Pode Falar", Núcleo do Cuidado Humano da Universidade Federal Rural de Pernambuco (NCH/UFRPE)

Descrição da atividade: Os delegados eleitos apresentarão as 12 propostas da "Conferência Livre Nacional Pode Falar" com um breve resumo dos debates realizados com os participantes dessa etapa preparatória e depois ouvirá os convidados sobre perspectivas específicas de gênero, orientação sexual, juventude urbana/rural, entre outras, que devem ser levadas para a plenária da 5ª CNSM com o objetivo de contemplar todas as juventudes e adolescências do Brasil no debate que será levado por esses representantes eleitos.



Fonte: CNS



8. MARCHA EM DEFESA DO SUS, DA DEMOCRACIA E POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS

A **Marcha em Defesa do SUS, da Democracia e por uma Sociedade sem Manicômios** ocupou o Eixo Monumental, em Brasília, com o protagonismo dos movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Luta Antimanicomial e Antiproibicionista, expressando uma pluralidade de reivindicações e palavras de ordem. Assim como no conjunto de propostas e moções debatidas e aprovadas nas atividades deliberativas, durante a marcha o amplo conjunto de participantes da 5ª CNSM reafirmou de forma contundente: **“Não às Comunidades Terapêuticas!”**.



Fonte: CNS



Fonte: CNS





Fonte: CNS



Fonte: CNS



9. TRIBUNA LIVRE

A 5ª CNSM - Domingos Sávio contou com uma Tribuna Livre que foi realizada no dia 13 de dezembro das 16h30 às 18h. A participação foi aberta a todos os participantes da 5ª CNSM Domingos Sávio com direito à voz.

A Tribuna Livre é um espaço aberto para o debate, em que cidadãos e cidadãos, representantes de organizações da sociedade civil e demais participantes da conferência podem manifestar-se sobre assuntos de interesse particular ou público. Conferências anteriores que realizaram Tribuna Livre avaliaram que este é um espaço de grande potência e desta forma a Comissão Organizadora decidiu pela sua inclusão na programação da 5ª CNSM - Domingos Sávio.

Assim, mesmo diante da necessidade de ampliação do tempo de deliberação dos grupos de trabalho durante a 5ª CNSM, optou-se por garantir a realização da Tribuna Livre, por ser um espaço onde as pessoas tinham a possibilidade de fazer suas defesas com tempo de fala mais livre. Esse recurso teve grande relevância pois proporcionou o acolhimento de uma diversidade de falas e o debate complementar à discussão nos grupos de trabalho.

Houve inscrição de 30 pessoas que se manifestaram em falas, poesias, apresentações culturais, e trouxeram a descrição da realidade dos diferentes territórios, suas singularidades e algumas denúncias.

Durante o evento surgiram falas importantes, relativas à particularidade do contexto de cada pessoa que se manifestava, sendo todas elas na defesa da Saúde Mental de base territorial e do cuidado em liberdade.

Dentre as ideias debatidas destacaram-se algumas ligadas ao cotidiano nas diferentes localidades brasileiras como a necessidade de inclusão das pessoas em sofrimento psíquico na sociedade através da criação de lugar social e oportunidade para todas as pessoas, garantindo a equidade no acesso ao SUS em sua integralidade, além de acesso ao sistema de garantia de direitos, ao esporte, ao lazer e à cultura.

O financiamento nas três esferas do governo foi associado à necessidade de resgate do pacto federativo, com maior investimento no Sistema Único de Saúde, qualificação do cuidado e o investimento na implementação e expansão dos dispositivos da RAPS.

A relevância dos profissionais que trabalham na ponta, no atendimento direto à população nos serviços públicos, foi abordada com apontamentos relativos à formação, melhorias das condições de trabalho e saúde do trabalhador.

O coletivo da Tribuna Livre endereçou ao governo a manifestação contundente



pela suspensão do financiamento público de Comunidades Terapêuticas e o apoio à Política de Redução de Danos e sua importância no cuidado em saúde. Foi apontada a necessidade de ampliação e qualificação do cuidado em Hospitais Gerais da rede SUS. Surgiram também manifestações contra todo tipo de preconceito.

O vídeo com o registro da Tribuna Livre pode ser acessado em:

<https://www.youtube.com/watch?v=9nEh7->

[X On4&list=PLHJnXqt42XX6HgtTW4mE6tXv1MiCIPWFY&index=6](https://www.youtube.com/watch?v=9nEh7-XOn4&list=PLHJnXqt42XX6HgtTW4mE6tXv1MiCIPWFY&index=6)

10. FEIRA DE ECONOMIA SOLIDÁRIA



Fonte: CNS

A Feira da Economia Solidária da 5ª CNSM reuniu expositores/as de 19 estados e do Distrito Federal, cujas trajetórias se relacionam com dispositivos da RAPS, em particular pela inclusão em projetos de geração de renda e/ou cooperativas.

A multiplicidade e qualidade dos produtos ofertados reafirmou a importância do investimento na arte, cultura e em estratégias de geração de renda como vias potentes e indispensáveis na composição dos projetos terapêuticos, apontando a necessidade da retomada e ampliação do diálogo sobre formas de incentivo a empreendimentos solidários, incluindo ações artístico-culturais, para fortalecimento dos processos de inclusão social.

Para finalizar os quatro dias da Feira de Economia Solidária, foi promovida uma roda de conversa com a participação de mais de 100 pessoas, contando com as representantes das iniciativas de economia solidária que compuseram a feira e diversos atores sociais do campo.

Organização: Ian de Souza; Thais Soboslai; Neli de Almeida (Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – DESMAD/SAES/MS)



EXPOSITORES – Identificação por UF

1) Acre (AC)

1º expositor/a: Yara Bardales Mesquita. *Usuária do CAPS Samaúma e do CECCO Arte de Ser. Em 2019, esteve à frente da criação da primeira cooperativa de usuáries da RAPS e familiares, a Cooperativa Social de Saúde Mental Ciranda Samaúma, da qual é a atual presidente.*

2º expositor/a: Gleni Bardales Ribeiro Mesquita. *Familiar que esteve à frente da criação da primeira cooperativa de usuáries da RAPS e familiares em 2019, a Cooperativa Social de Saúde Mental Ciranda Samaúma. É cooperada, constituindo importante ponto de apoio para Yara Bardales, sua filha.*

2) Alagoas (AL)

1º expositor/a: Aldelyane Genelúcia Nobre. *Coordena o Núcleo de Reabilitação Psicossocial, Cultural e Economia Solidária.*

2º expositor/a: Juraci da Silva. *Usuária do CAPS Sadi Carvalho, artesã do grupo de artesanato.*

3) Amazonas (AM)

1º expositor/a: Juliete de Oliveira Vieira. *Assistente Social, profissional.*

2º expositor/a: Fábio da Rocha Fernandes. *Usuário da RAPS*

4) Bahia (BA)

1º expositor/a: Luiza Bomfim da Silva Pinheiro. *A usuária compõe o projeto "Gerar", que objetiva a inclusão social e promoção da saúde de pessoas com sofrimento psíquico por meio de empreendimentos solidários no campo da Saúde Mental.*

2º expositor/a: Nemero Sanches de Oliveira. *Usuário da RAPS, projeto "Gerar", inclusão social por meio de empreendimentos solidários no campo da Saúde Mental.*

5) Ceará (CE)

1º expositor/a: Dalila Gouveia Fontenele. *Artesã, usuária do CAPS II Camocim.*

2º expositor/a: Lucielma Marques Macedo Lopes, *assistente social e coordenadora do CAPS II. Acompanha as ações de economia solidária no município de Camocim.*

6) Distrito Federal (DF)

1º expositor/a: Jéssica Leite Rodrigues de Oliveira Maia. *Profissional vinculada a projeto de geração de trabalho e renda em saúde mental.*

2º expositor/a: Mayhara D'arc Souza de Carvalho. *Profissional vinculada a projeto de geração de trabalho e renda em saúde mental.*



7) Espírito Santo (ES)

1º expositor/a: Danielle Cristina Lima. *Usuária de saúde mental participante de projeto de geração de trabalho e renda.*

2º expositor/a: Sunamita Gomes Ferreira Faustino. *Usuária de saúde mental participante de projeto de geração de trabalho e renda.*

8) Maranhão (MA)

1º expositor/a: Auriceia Sousa Cordeiro. *Acompanhante da usuária.*

2º expositor/a: Débora Pereira Mota. *Usuária da RAPS.*

9) Minas Gerais (MG)

1º expositor/a: Daniela Ramos Garcia. *Coordenadora da Incubadora de Empreendimentos Econômicos e Solidários (IEES).*

2º expositor/a: Eloy Arruda Nogueira. *Trabalhador associado à IEES/Suricato.*

10) Pará (PA)

1º expositor/a: Meire Emilia Corrêa Oliveira Lacerda. *Terapeuta Ocupacional de CAPS em Belém-PA, diretamente vinculada a projetos de geração de trabalho e renda em saúde mental, orquestrados pela RAPS de Belém.*

2º expositor/a: Lourdes Follmann. *Usuária de CAPS na cidade de Belém-PA, artesã e participante de projetos de geração de trabalho e renda da RAPS de Belém.*

11) Paraná (PR)

1º expositor/a: Virlane Eduarda do Nascimento. *Usuária do CAPS de Colombo Paraná e integrante da Libersol.*

2º expositor/a: Ricardo Watzel. *Usuário do CAPS de Piraquara e integrante da Libersol Paraná.*

12) Piauí (PI)

1º expositor/a: Márcia Alcioneide da Silva. *Pessoa responsável pelo cuidado e apoio de morador de SRT.*

2º expositor/a: Francisco Rafael de Araújo Freitas. *Expositor de quadros e trabalho com desenho a lápis.*

13) Rio de Janeiro (RJ)

1º expositor/a: Ruy Victor da Silva Júnior. *Usuário participante do projeto de geração de renda Makeba Bijus, vinculado ao CAPS AD III Miriam Makeba, na cidade do Rio de Janeiro.*

2º expositor/a: Hanna Almeida Mendes. *Profissional que acompanha o projeto de geração de renda Makeba Bijus.*



14) Rio Grande do Norte (RN)

1º expositor/a: Tatiana Schefer. *Técnica indicada para gestão.*

2º expositor/a: Luiglen Facundes Campos. *Usuária do sistema, beneficiária e participante da economia solidária.*

15) Rio Grande do Sul (RS)

1º expositor/a: Iria Luciana Conceição do Nascimento. *Usuária da saúde mental, participante da Oficina de saúde e trabalho da GerAção POA.*

2º expositor/a: Cristiana Machado. *Usuária da saúde mental, participante da Oficina de saúde e trabalho da GerAção POA.*

16) Roraima (RR)

1º expositor/a: Kelbia Sobral de Rocha. *Usuária da RAPS Roraima.*

2º expositor/a: Lannia Carvalho da Costa. *Profissional da RAPS Roraima.*

17) Santa Catarina (SC)

1º expositor/a: Sandra Marisa Creczynski. *Usuária participa ativamente de associação de usuários do CAPS e desenvolve trabalhos manuais com os associados e comercializa as peças produzidas em feiras e exposições de eventos, o valor arrecadado com a venda das peças é revertido parte para as rendeiças, parte para compra de novos materiais e manutenção da associação, o que tem trazido uma fonte de renda e devolvido o prazer de se enxergar útil e produtivo.*

2º expositor/a: Haroldo Diegoli. *Usuário com habilidades em marcenaria; desenvolve um trabalho exitoso com usuários do CAPS de Brusque.*

18) São Paulo (SP)

1º expositor/a: Evelyn Sayeg. *Profissional do Projeto TEAR, de Guarulhos, que acompanhante do usuário. Os trabalhos ofertados compreendem vários pontos de economia solidária ligados aos CAPS do ESP.*

2º expositor/a: Juan Jose da Silva Santos. *Usuário do serviço de saúde mental do município de Guarulhos. Integra o ponto da economia solidária Projeto Tear.*

19) Sergipe (SE)

1º expositor/a: José Carlos de Jesus. *Usuário do CAPS Luz do Sol em Nossa Senhora da Glória/SE.*

2º expositor/a: Natasha Emanuely de Jesus Cordeiro Milet. *Profissional do CAPS Luz do Sol em Nossa Senhora da Glória/SE.*

20) Tocantins (TO)

1º expositor/a: Jânia Francisca Pereira Nepomuceno Cardoso. *Profissional.*

2º expositor/a: Marilene Cardoso dos Santos. *Usuária da RAPS.*





Fonte: CNS

11. ATIVIDADES CULTURAIS

A programação cultural da 5ª CNSM foi composta por meio de chamamento público, a partir do qual “[...] foram selecionadas propostas de arte, cultura e educação popular que dialogam com a valorização e promoção de autonomia, protagonismo e participação social de pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e seus familiares”.

“Ganharam destaque práticas de transformação da cultura manicomial e do estigma, desenvolvidas nos territórios, comunidades e ambientes de preservação e produção de conhecimentos. Algumas das performances tomam como referência a educação popular para valorização, entrelaçamento e acumulação de saberes e tradições culturais que compõem a diversidade e a pluralidade do povo brasileiro.”

Atividades selecionadas:

1. Região Norte (Porto Velho/RO):

“Performance Planeta Hospício”

Artista: Júlio César Pinto de Oliveira / Bototô Animaterra



2. Região Nordeste (Eusébio/CE):

“Cuidanças, bailados e cantigas em busca da integralidade - a arte na promoção da saúde mental”

Artistas: Rafael Rolim Farias e Amanda Frota

3. Região Centro-Oeste (Cidade Ocidental/GO):

“Dança Cigana”

Artista: Débora Rodrigues Soutello

4. Região Sudeste (São Paulo/SP):

“Dasdoida Oficina joiasloukas”

Artistas: Marcia Danziato e Julia Catunda

5. Região Sul (Porto Alegre):

“Nós do avesso” (dança)

Artistas: Maria Albers e Cia. Soltos no Espaço

6. Distrito Federal:

“Contaçõ de histórias, artesanato, pintura facial, roda de conversa, teatro”

Artistas: Rosangela Rodrigues da Silva e Rosa Brincante

“Declamação Poesia”

Artista: Clayton Silva de Souza

Fonte: CNS. Disponível em:

<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/5a-cnsm/atividades-culturais>

Atividades culturais em 11/12/2023:

- Jogo de arte, cultura e saúde mental – Coletico CAPS paranauê
- Mística de Acolhimento: Vanilson Torres. Poema: Cuidado em Liberdade, no Campo e na Cidade - de Vanilson Torres e Fernanda da Guia.
- Poesia: Adebal Ferreira;
- Cordel: Ásé Dúdú, Grupo Afro Percussivo
- Cuidanças, bailados e cantigas em busca da integralidade. A arte na promoção de saúde mental – Grupo BREU - Brincantes de Eusébio.



Atividades culturais em 12/12/2023:

- Oficina de Saba de Roda – Fernanda Machado, Coletivo Cultural Sambadeiras de Bimba filhas de Biloca.

Atividades culturais em 13/12/2023:

- Oficina Dasdoida – Marcia Danziato e Julia Catunda
- Declamação de Poesia – Clayton Silva de Souza
- Dança Cigana – Débora Rodrigues Soutello
- Balaio Carnavalesco com – Maluco Voador, Maluvidas e Bloco Rivotrio.

Atividades culturais em 14/12/2023:

- Contação de história, artesanato, pintura facial, roda de conversa, teatro – Rosa Brincante
- Apresentação Cultural Nós do Avesso – Cia.Soltos no Espaço, Maria Albers Dança & Corporeidades.

12. DOCUMENTOS E NORMATIVAS

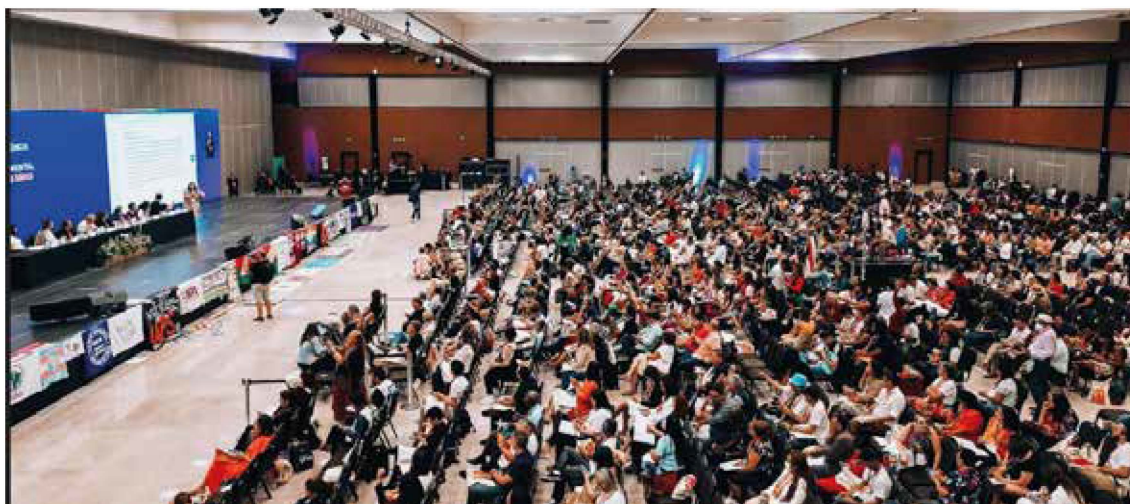
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 652, de 14 de dezembro de 2020.** Convoca a V Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM), cuja Etapa Nacional será realizada em Brasília, entre os dias 17 e 20 de maio de 2022. Brasília, 2020. Disponível em:
<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2020/resolucao-no-652.pdf/view> Acessado em: 20 jan. 2025.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 660, de 05 de agosto de 2021.** Dispõe sobre o Regimento da 5ª CNSM. Brasília, 2021. Disponível em:
<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2021/resolucao-no-660.pdf/view> Acessado em: 20 jan. 2025.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 665, de 13 de outubro de 2021.** Dispõe sobre os objetivos da 5ª CNSM e sobre a distribuição de participantes entre os diferentes estados/Distrito Federal. Brasília, 2021. Disponível em:
<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2021/resolucao-no-665.pdf/view> Acessado em: 20 jan. 2025.



- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Documento Orientador da 5ª CNSM.** Brasília, 04 de novembro de 2021. Brasília, 2021. Disponível em:
<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/5a-cnsm/publicacoes/documento-orientador-5a-cnsm/view> Acessado em: 20 jan. 2025.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação nº 039, de 13 de dezembro de 2021.** Recomenda medidas relativas à não exclusão das etapas Municipais pelas etapas Macrorregionais da 5ª CNSM. Brasília, 2021. Disponível em:
<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acao-a-informacao/legislacao/recomendacoes/2021/recomendacao-no-039.pdf/view> Acessado em: 20 jan. 2025.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 716, de 20 de julho de 2023.** Dispõe sobre alterações relativas à 5ª CNSM. Brasília, 2023. Disponível em:
<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acao-a-informacao/legislacao/resolucoes/2023/resolucao-no-716.pdf/view> Acessado em: 20 jan. 2025.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 717, de 20 de julho de 2023.** Dispõe sobre a alteração da data da Etapa Nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio (5ª CNSM). Brasília, 2023. Disponível em:
<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acao-a-informacao/legislacao/resolucoes/2023/resolucao-no-717.pdf> Acessado em: 20 jan. 2025.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 718, de 11 de agosto de 2023.** Dispõe sobre as regras para a realização de Conferências Livres no âmbito da 5ª CNSM. Brasília, 2023. Disponível em:
<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acao-a-informacao/legislacao/resolucoes/2023/resolucao-no-718.pdf/view> Acessado em: 20 jan. 2025.



- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 728, de 09 de novembro de 2023.** Dispõe sobre o Regulamento da Etapa Nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde – Domingos Sávio (5ª CNSM). Brasília, 2023. Disponível em:
<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2023/resolucao-no-728.pdf/view> Acessado em: 20 jan. 2025.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 739, de 22 de fevereiro de 2024.** Dispõe sobre as propostas e moções aprovadas na 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Domingos Sávio. Brasília, 2023. Disponível em:
<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2024/resolucao-no-739.pdf/view> Acessado em: 20 jan. 2025.



Plenária Final da 5ª CNSM. Fonte: CNS





Plenária Final da 5ª CNSM. Fonte: CNS

13. REGULAMENTO

O regulamento da 5ª CNSM foi divulgado por meio da Resolução nº 728, de 09 de novembro de 2023, disponibilizada na íntegra a seguir, conforme publicação no Diário Oficial da União, em 12/01/2024 | Edição: 9 Seção: 1 | Página: 51.

RESOLUÇÃO Nº 728, DE 9 DE NOVEMBRO DE 2023

Dispõe sobre o Regulamento da Etapa Nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde - Domingos Sávio (5ª CNSM).

O PLENÁRIO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS), em sua Trecentésima Quadragésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de novembro de 2023, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e

CONSIDERANDO que o Art. 198, III da Constituição Federal de 1988 prevê a participação da comunidade como uma das diretrizes para a organização das ações e serviços públicos de saúde;

CONSIDERANDO os 30 anos de elaboração e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade da construção social da saúde pública no Brasil;

CONSIDERANDO a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e cria a Conferência de Saúde enquanto instância colegiada a se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes;

CONSIDERANDO a Resolução da Organização das Nações Unidas (ONU) "Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável", composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), desdobrados em 169 metas, da qual o Brasil é signatário;

CONSIDERANDO que a implantação da Agenda 2030 exigirá uma contundente prioridade dos governos federal, estaduais, distrital e municipais para superação do desafio de implementar políticas e programas transversais e intersetoriais;



CONSIDERANDO a Resolução CNS nº 585, de 10 de maio de 2018, que reafirmou o papel estratégico da agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável e promoção de equidade, contribuindo para que o Brasil tenha, novamente, papel destacado em virtude de suas ações para o cumprimento das metas e reforçou que o controle social é o instrumento fundamental para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável;

CONSIDERANDO que compete ao CNS o papel de fortalecer a participação e o controle social no SUS (Art. 10, IX da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008); e

CONSIDERANDO a Resolução CNS nº 660, de 05 de agosto de 2021, que aprovou o Regimento da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio (5ª CNSM), resolve:

Aprovar o Regulamento da Etapa Nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio (5ª CNSM), conforme documento anexo desta resolução.

FERNANDO ZASSO PIGATTO

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 728, de 09 de novembro de 2023, nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

NÍSIA TRINDADE LIMA

Ministra de Estado da Saúde

ANEXO ÚNICO

REGULAMENTO DA ETAPA NACIONAL DA 5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - DOMINGOS SÁVIO

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º Este Regulamento define as regras de organização e funcionamento da Etapa Nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio (5ª CNSM), convocada pela Resolução CNS nº 652, de 14 de dezembro de 2020, com Regimento aprovado por meio da Resolução CNS nº 660, de 05 de agosto de 2021.

CAPÍTULO II - DO TEMÁRIO

Art. 2º Nos termos do Regimento aprovado por meio da Resolução CNS nº 660/2021, a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio (5ª CNSM), tem como tema central: "A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS".

Parágrafo único. O eixo principal da 5ª CNSM será "Fortalecer e garantir Políticas Públicas: o SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos Direitos Humanos", subdividido em 04 (quatro) eixos e seus subeixos, conforme descrito abaixo:

I - Eixo I: Cuidado em liberdade como garantia de direito à cidadania, e respectivos subeixos:

- a) Desinstitucionalização: residências terapêuticas, fechamento de hospitais psiquiátricos e ampliação do Programa de Volta para Casa;
- b) Redução de danos e atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- c) Saúde mental na infância, adolescência e juventude: atenção integral e o direito à convivência familiar e comunitária;
- d) Saúde mental no sistema prisional na luta contra a criminalização dos(as) sujeitos(as) e encarceramento das periferias;
- e) Diversas formas de violência, opressão e cuidado em Saúde Mental;
- f) Prevenção e posvenção do suicídio e integralidade no cuidado.

II - Eixo II: Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental, e respectivos subeixos:



a) Garantia de financiamento público para a manutenção e ampliação da política pública de saúde mental;

b) Formação acadêmica, profissional e desenvolvimento curricular, compatíveis à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);

c) Controle social e participação social na formulação e na avaliação da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas;

d) Educação continuada e permanente para os(as) trabalhadores(as) de saúde mental;

e) Acesso à informação e uso de tecnologias de comunicação na democratização da política de saúde mental;

f) Financiamento e responsabilidades nas três esferas de gestão (federal, estadual/distrital e municipal) na implementação da política de saúde mental;

g) Acompanhamento da gestão, planejamento e monitoramento das ações de saúde mental.

III - Eixo III: Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade, e respectivos subeixos:

a) Intersetorialidade e integralidade do cuidado individual e coletivo da Política de Saúde Mental;

b) Equidade, diversidade e interseccionalidade na política de saúde mental;

c) Garantia do acesso universal em saúde mental, atenção primária e promoção da saúde, e práticas clínicas no território;

d) Reforma psiquiátrica, reforma sanitária e o SUS.

IV - Eixo IV: Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós pandemia, e respectivos subeixos:

a) Agravamento das crises econômica, política, social e sanitária e os impactos na saúde mental da população principalmente as vulnerabilizadas;

b) Inovações do cuidado psicossocial no período da pandemia e possibilidade de continuar seu uso, incluindo-se, entre outras, as ferramentas à distância;

c) Saúde do(a) trabalhador(a) de saúde e adoecimento decorrente da precarização das condições de trabalho durante e após a emergência sanitária.

Art. 3º O tema, os eixos temáticos e os subeixos da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio serão discutidos em mesas de debates, com coordenação, secretaria e expositores indicados pela Comissão Organizadora.

§1º A proposta para a programação, incluindo os espaços de debates e as atividades culturais, será apreciada pela Comissão Organizadora da 5ª CNSM.

§2º Poderão participar das mesas de debates as pessoas delegadas, as pessoas convidadas, e outros participantes, de acordo com o Regimento da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio e organização proposta pela Comissão Organizadora.

CAPÍTULO III

DOS PARTICIPANTES

Art. 4º Nos termos do Regimento da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio os participantes da Etapa Nacional estão distribuídos nas seguintes categorias:

I - Pessoas delegadas, com direito a voz e voto em todas as atividades;

II - Pessoa convidada, com direito a voz nos Grupos de Trabalho e nas atividades não deliberativas; e

III - Outros participantes, assim caracterizados:

a) Participantes das atividades autogestionadas, com direito à voz nas atividades não deliberativas;



b) Expositoras e expositores das Mesas de Debate, com direito à voz nas atividades não deliberativas; e

c) Integrantes das Comissões da Organização da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio, com direito à voz em todas as atividades.

CAPÍTULO IV

DO CREDENCIAMENTO

Art. 5º O credenciamento das pessoas delegadas titulares deverá ser realizado no dia 10 de dezembro de 2023, das 08 horas às 18 horas, e no dia 11 de dezembro de 2023, das 08 horas às 13 horas.

Art. 6º O credenciamento de pessoas delegadas suplentes que substituirão as pessoas delegadas titulares não credenciadas/os no prazo definido no Art. 5º deste Regulamento deverá ser realizado no dia 11 de dezembro de 2023, das 13 horas às 18 horas.

§1º Fica sob a responsabilidade da/o representante da delegação de cada Estado e do Distrito Federal acompanhar a substituição das pessoas delegadas titulares pelos respectivos suplentes.

§2º A pessoa representante da delegação de cada Estado e do Distrito Federal deverá ser indicada pelo Conselho Estadual de Saúde e o Conselho de Saúde do Distrito Federal dentre as pessoas delegadas eleitas, para articulação com a Comissão Organizadora Nacional, conforme previsto no §7º do Art. 11 do Regimento da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio.

Art. 7º O credenciamento das pessoas convidadas, integrantes das Comissões da Organização da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio e pessoas expositoras será realizado no dia 10 de dezembro de 2023, das 08 horas às 18 horas, e no dia 11 de dezembro de 2023, das 08 horas às 13 horas.

Art. 8º As pessoas participantes das atividades autogestionadas farão inscrição em formulário próprio disponibilizado pelo Portal da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio.

CAPÍTULO V

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 9º Nos termos do Regimento da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio, a Etapa Nacional terá a seguinte organização:

1- Plenária de Abertura;

2 - Marcha em Defesa do SUS, da Democracia e por uma Sociedade sem Manicômios;

III - Mesas de Debate;

IV - Grupos de Trabalho;

V - Tribuna Livre;

VI - Atividades autogestionadas;

VII - Tenda Paulo Freire;

VIII - Espaço de Práticas integrativas e cuidados em saúde

IX - Feira de Economia Solidária;

X - Plenária Final.

§1º A Plenária de Abertura é uma sessão solene, não deliberativa, para dar início à 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio e de acesso às autoridades, às representantes de instituições e entidades públicas e privadas, às pessoas Delegadas, pessoas convidadas e participantes nas atividades não deliberativas.

§2º A Marcha em Defesa do SUS, da Democracia e por uma Sociedade sem Manicômios, percorrerá a Esplanada dos Ministérios e se encerrará na Alameda dos Estados.

§3º As Mesas de Debate são sessões não deliberativas que têm a finalidade de apresentar e qualificar os debates em torno da temática da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos



Sávio e serão orientadas por ementas propostas pela Comissão Organizadora, de acesso às pessoas Delegadas, pessoas convidadas e Participantes nas atividades não deliberativas, com direito à voz.

§4º Os Grupos de Trabalho são instâncias deliberativas para discutir e votar os conteúdos do Relatório Nacional Consolidado e de acesso restrito, e controlado, às pessoas delegadas, e pessoas convidadas, com direito à voz.

§5º A Tribuna Livre é uma sessão não deliberativa de livres manifestações das pessoas Delegadas, pessoas convidadas e Participantes nas atividades não deliberativas, com direito à voz a partir de prévia inscrição e com coordenação da Comissão Organizadora da Conferência.

§6º As Atividades autogestionadas são atividades não deliberativas, de responsabilidade de organizações da sociedade civil, cujos critérios serão definidos e divulgados pela Comissão Organizadora em instrumento próprio.

§7º Tenda Paulo Freire é um espaço político de resistência que reúne diferentes sujeitos sociais na articulação entre saberes técnicos, científicos e populares vivenciados mais próximos da cultura e realidade das comunidades.

§8º Espaço de práticas integrativas e cuidados em saúde é um espaço destinado ao desenvolvimento de atividades cujos formatos e metodologias são definidos pela Comissão Organizadora, com ênfase em práticas de cuidado pautadas em saberes tradicionais, integrativas e complementares em saúde.

§9º Observado o disposto no Regimento Interno da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio, a Plenária Final é uma sessão organizada em dois momentos distintos, sendo um deliberativo e outro não deliberativo, quais sejam:

I - Plenária Deliberativa: sessão deliberativa que tem por objetivo debater, aprovar ou rejeitar propostas provenientes do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, bem como as moções de âmbito nacional e internacional, de acesso restrito e controlado, pessoas Delegadas.

II - Plenária Final Celebratória: sessão não deliberativa, posterior à Plenária Deliberativa, para a celebração às lutadoras e lutadores sociais pela defesa do direito à saúde e o encerramento da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio, de acesso às autoridades, às representantes de instituições e entidades públicas e privadas, pessoas Delegadas, pessoas convidadas, e outros participantes nas atividades não deliberativas.

CAPÍTULO VI

DAS MESAS DE DEBATE

Art. 10 A discussão das Mesas de Debate será feita mediante apresentação e debate com até 03 (três) pessoas expositoras, 01(uma) pessoa coordenadora e 01(uma) pessoa secretária.

§1º As pessoas coordenadoras e pessoas secretárias de cada Mesa de Debate serão indicadas pela Comissão Organizadora.

§2º As pessoas expositoras serão escolhidas/os entre os segmentos que compõem o controle social e pessoas com conhecimento e experiência na área de saúde ou em temáticas que guardam afinidade com os eixos da Conferência.

§3º Cada Mesa de Debate disporá de até 01(uma) hora para exposição seguida de até 01(uma) hora para o debate.

Art. 11 O debate será feito por meio da manifestação escrita ou verbal dos participantes definidos pelo §3º do Art. 9º deste Regulamento, garantindo-se ampla oportunidade de participação no tempo estipulado para o debate e em número de inscrições compatível com o tempo disponível para o debate, tendo prioridade para manifestação as pessoas inscritas pela primeira vez.

Parágrafo único. O tempo máximo para cada manifestação será de até 03 (três) minutos improrrogáveis, exceto para as pessoas com deficiência auditiva e demais pessoas com deficiências ou patologias que tenham dificuldade de comunicação, cujo tempo será de até 06 (seis) minutos.

CAPÍTULO VII



DAS INSTÂNCIAS DE DECISÃO

Art. 12 Nos termos do Regimento da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio, são instâncias de decisão:

- 1- Os Grupos de Trabalho; e
- 2 - A Plenária Deliberativa da Plenária Final.

Parágrafo único. Conforme previsto neste Regulamento, participarão dos Grupos de Trabalho e da Plenária Deliberativa as pessoas delegadas com direito a voz e voto, as pessoas convidadas com direito à voz.

Art. 13 O Relatório Nacional Consolidado das propostas referentes às etapas estaduais e do Distrito Federal e Conferências Livres Nacionais será apresentado em propostas, devidamente sistematizado pela Comissão de Relatoria, nos termos do Regimento e das Diretrizes Metodológicas da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio.

Parágrafo único. As pessoas relatoras da etapa estadual do Distrito Federal serão convidadas a apoiar a Comissão de Relatoria, entre outras pessoas convidadas.

Art. 14 Para efeito da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio compreende-se proposta como a ação que deve ser realizada, detalhando algum aspecto da diretriz que se vincula.

Parágrafo único. As propostas indicarão o que deverá ser feito, orientando a execução das ações, indicando um determinado aspecto de uma diretriz, dando-lhe um rumo que orientará a ação, podendo ser mais ou menos detalhada, aproximando-se de uma meta.

CAPÍTULO VIII

DOS GRUPOS DE TRABALHO

Art. 15 Os Grupos de Trabalho (GT) são instâncias de debate e votação das propostas de âmbito nacional constantes do Relatório Consolidado dos Estados, do Distrito Federal e das Conferências Livres Nacionais da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio, em número total de 18 (dezoito) grupos, que discutirão as propostas relativas a cada um dos 4 (quatro) eixos, conforme a programação da 5ª CNSM, considerando-se a paridade por segmentos e a representação por Estados na sua composição.

Art. 16 Nos termos do Regimento da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio, Resolução CNS nº 660, de 05 de agosto de 2021, e da Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, os Grupos de Trabalho (GT) serão compostos paritariamente entre os segmentos das pessoas usuárias (50%), pessoas trabalhadoras da saúde (25%) e pessoa gestora ou prestadora (25%), sendo as pessoas convidadas distribuídas pelos Grupos de Trabalho proporcionalmente ao seu número total.

§1º A garantia da paridade está subordinada à efetivação do credenciamento de todas as pessoas delegadas.

§2º Caberá à Comissão Organizadora Nacional a distribuição das pessoas delegadas credenciadas, observando a paridade definida no caput deste artigo, das pessoas convidadas/os e até o limite numérico de cada GT.

Art. 17 Os Grupos de Trabalho (GT) contarão com a seguinte organização:

1 - a instalação e o início dos debates deverão ocorrer com quórum mínimo de 40% (quarenta por cento) das pessoas delegadas credenciadas presentes;

2 - após a instalação prevista no item I, a votação ocorrerá com qualquer número de presentes nos Grupos de Trabalho.

3 - as atividades serão dirigidas por uma Mesa Coordenadora com a função de organizar as discussões do Grupo de Trabalho, realizar o processo de verificação de quórum, controlar o tempo e organizar a participação das pessoas delegadas e das pessoas convidadas e será composta por:

- a) Pessoa Coordenadora Titular, indicada pela Comissão Organizadora;
- b) Pessoa Coordenadora Adjunto, indicada entre os participantes do GT; e



c) Pessoa Secretária, indicada pela Comissão Organizadora.

4 - a relatoria de cada Grupo de Trabalho será composta por até quatro membros indicados pela Comissão de Relatoria.

Art. 18 As indicações a serem feitas pela Comissão Organizadora, da pessoa coordenadora titular e da pessoa secretária dos 18 (dezoito) GT deverão atender a paridade da seguinte forma:

I - Pessoas Coordenadoras: 9 (nove) serão representantes das pessoas usuárias; 5 (cinco) serão representantes das pessoas trabalhadoras da saúde; e 4 (quatro) serão representantes das pessoas gestoras ou prestadoras de serviços de saúde; e

II - Pessoas Secretárias: 9 (nove) serão representantes das pessoas usuárias; 5 (cinco) serão representantes das pessoas trabalhadoras da saúde; e 4 (quatro) serão representantes das pessoas gestoras ou prestadoras de serviços de saúde.

Art. 19 Os 18 (dezoito) GT serão realizados simultaneamente, em 4 (quatro) momentos diferentes, para debater as propostas relativas a cada um dos 4 (quatro) eixos, nos termos do Art. 2º, e deliberarão sobre o Relatório Consolidado dos Estados, Distrito Federal e das Conferências Livres Nacionais, elaborado pela Comissão de Relatoria.

§1º Na Etapa Nacional não serão acatadas propostas novas, cabendo aos Grupos de Trabalho discutir somente propostas que constarem do Relatório Consolidado dos Estados e do Distrito Federal e Conferências Livres Nacionais.

§2º As contribuições nacionais se darão por meio do Documento Orientador e seus anexos. Art. 20 Instalado o GT, a mesa coordenadora dos trabalhos procederá da seguinte forma:

I - promoverá a leitura de todas as Diretrizes constantes do Relatório Consolidado dos Estados e do Distrito Federal, em seguida colocará em votação priorizando-as em lista crescente, conforme percentual de votação; e

II - fará a leitura de cada proposta referente ao seu respectivo eixo temático e ao eixo transversal, constante do Relatório Consolidado dos Estados e do Distrito Federal, consultando o Plenário sobre os destaques e registrando os nomes das/os proponentes, observando-se o que segue:

§1º Os destaques serão de supressão parcial ou total do texto;

§2º Os destaques deverão ser apresentados à mesa coordenadora dos trabalhos durante a leitura das propostas dos Grupos de Trabalho.

Art. 21 Após a Leitura, a votação dos destaques será encaminhada da seguinte maneira:

§1º Caso haja mais de um destaque para a mesma proposta, recomenda-se que as pessoas proponentes se reúnam e, preferencialmente, apresentem um destaque único.

§2º Ao término da leitura, serão apreciados os destaques e a pessoa delegada autora do destaque terá 02 (dois) minutos para defender sua proposta de supressão.

§3º Após a defesa da proposta de supressão serão conferidos 02 (dois) minutos para a pessoa delegada que queira fazer a defesa de manutenção do texto original.

§4º Será permitida uma segunda manifestação, a favor e contra, se a plenária não se sentir devidamente entendida para a votação.

§5º Caso a pessoa autora do destaque não estiver presente no momento da sua apreciação, o destaque não será considerado.

Art. 22 A votação será realizada da seguinte forma:

I - a votação será realizada na ordem a seguir: a proposta do Relatório Consolidado dos Estados, Distrito Federal e Conferência Livre Nacional será a proposição número 01(um) e o destaque de supressão será a proposição número 02 (dois);

II - será votada a proposta do Relatório Consolidado dos Estados, Distrito Federal e Conferência Nacional Livre contra o destaque de supressão total;



III - se o destaque de supressão total vencer a votação, não será apreciado o destaque de supressão parcial; e

IV - caso a proposta do Relatório Consolidado vencer a votação colocar-se-á a mesma em votação contra cada um dos destaques de supressão parcial.

Parágrafo único. Não serão discutidos novos destaques para itens já aprovados.

Art. 23 De acordo com o Regimento da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental – Domingos Sávio:

I - serão consideradas aprovadas as propostas que obtiverem 70% (setenta por cento) ou mais de votos favoráveis em pelo menos metade mais um (1) dos Grupos de Trabalho de cada Eixo Temático, compondo o Relatório Final da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio;

II - as propostas que obtiverem mais de 50% (cinquenta por cento) e menos de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em pelo menos metade mais um (1) dos Grupos de Trabalho de cada Eixo Temático, serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Deliberativa;

III - as diretrizes e propostas que obtiverem mais de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em pelo menos 14 (quatorze) Grupos de Trabalho serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Deliberativa; e

IV - as propostas que não atingirem o número de votos favoráveis necessários serão consideradas não aprovadas.

§1º A Comissão de Relatoria promoverá a análise de todas as propostas aprovadas nos GT.

§2º As propostas identificadas como conflitantes, ou resultantes de duas ou mais supressões diferentes de uma mesma proposta, serão enviadas para apreciação e deliberação da Plenária Deliberativa.

Art. 24 A Mesa Coordenadora do Grupo de Trabalho avaliará e poderá assegurar às pessoas delegadas e uma intervenção pelo tempo improrrogável de 02 (dois) minutos, nas seguintes situações:

I - pela Questão de Ordem quando os dispositivos do Regimento e deste Regulamento não estiverem sendo observados;

II - por solicitação de entendimento quando a dúvida for dirigida à Mesa Coordenadora do GT, antes do processo de votação; e

III - por solicitação de encaminhamento quando a manifestação da pessoa delegada for relacionada ao processo de condução do tema em discussão.

§1º Não serão permitidas questões de ordem durante o regime de votação.

§2º As solicitações de encaminhamento somente serão acatadas pela Mesa Coordenadora dos Trabalhos quando se referirem às propostas em debate, com vistas à votação.

CAPÍTULO IX

DAS MOÇÕES

Art. 25 As propostas de moção, de âmbito, repercussão e relevância nacional ou internacional, serão encaminhadas por pessoas delegadas, e deverão ser apresentadas à Comissão de Relatório da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio, das 14h do dia 11 de dezembro de 2023, até as 12 horas do dia 13 de dezembro de 2023, em formulário próprio, a ser definido pela Comissão de Relatório, que terá os seguintes campos de identificação:

I - o seu âmbito (nacional ou internacional);

II - o tipo de moção (apoio, repúdio, apelo, solidariedade ou outro);

III - as destinatárias ou os destinatários da moção

IV - o fato ou condição que motiva ou gera a moção e a providência referente ao pleito; e

V - a pessoa proponente principal da moção, poderá, opcionalmente, identificar seu nome, sua unidade federativa, bem como o segmento que representa.



Art. 26 Cada proposta de moção deverá ser assinada por, no mínimo, 20% (vinte por cento) das pessoas delegadas credenciadas/os.

Art. 27 A Comissão de Relatoria organizará as propostas de moção recebidas, que atenderam aos critérios previstos neste artigo, classificando-as e agrupando-as por tema.

CAPÍTULO X

DA PLENÁRIA DELIBERATIVA

Art. 28 A Plenária Deliberativa tem por objetivo debater, aprovar ou rejeitar as diretrizes e propostas provenientes do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, bem como as moções de âmbito nacional e internacional.

§1º Na Plenária Deliberativa, somente serão discutidas e aprovadas diretrizes e propostas que constarem do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, organizado pela Comissão de Relatoria, em conformidade com os termos deste Regulamento.

§2º O relatório será apresentado no salão da Plenária Deliberativa da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio, podendo ser em formato eletrônico ou impresso, a depender dos meios disponíveis no momento.

Art. 29 Participação da Plenária Deliberativa:

I - Pessoas Delegadas, com direito a voz e voto;

II - Integrantes das Comissões de Organização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio.

Parágrafo único. A Comissão de Infraestrutura e Acessibilidade para garantir acessibilidade, destinará assentos e espaços prioritários nas atividades da conferência para as pessoas com deficiência e seus acompanhantes, dentre outras iniciativas.

Art. 30 A Plenária Deliberativa contará com uma mesa composta de modo paritário, com definição de coordenação e secretaria, sendo todos os membros indicados pela Comissão Organizadora.

Art. 31 A apreciação e votação das diretrizes e propostas que comporão o Relatório Final Consolidado da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio serão encaminhadas da seguinte maneira:

I - serão informados os códigos de identificação das diretrizes e propostas aprovadas com 70% (setenta por cento) ou mais de votos favoráveis em pelo menos metade mais um (1) dos Grupos de Trabalho de cada Eixo Temático constantes do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho;

II - serão informados os códigos de identificação das diretrizes e propostas que tiveram supressão total e as que foram excluídas por não obterem a votação mínima prevista nesse regulamento;

III - em seguida, a Mesa da Coordenação dos Trabalhos promoverá a leitura e votação das diretrizes e proposta remetidas à Plenária Deliberativa, por Eixo Temático; e

IV - Encerrada a fase de apreciação do Relatório de Grupos da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio a coordenadora ou o coordenador da mesa procederá à leitura das propostas de moções e as submeterão à aprovação da Plenária Deliberativa observando o percentual de aprovação previsto no Art. 25 deste Regulamento.

§1º Caso a maioria das pessoas presentes na plenária não se sentir devidamente esclarecida para a votação, será permitida às pessoas Delegadas uma manifestação "a favor" e uma "contra", com duração de até 03 (três) minutos.

§2º Nos termos do Art. 22 deste Regulamento, a Mesa Coordenadora dos Trabalhos simultaneamente à apresentação e apreciação das propostas constantes do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, apresentará, caso exista, as propostas conflitantes ou resultantes de duas ou mais supressões diferentes de uma mesma diretriz ou proposta do referido relatório, para apreciação e deliberação da Plenária Deliberativa.



Art. 32 A Mesa Coordenadora dos Trabalhos da Plenária Deliberativa avaliará e poderá assegurar às pessoas delegadas o direito de questão de ordem, ou de entendimento e propostas de encaminhamento, nos termos do Art. 23 deste Regulamento.

Art. 33 A 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio aprovará as diretrizes, as propostas e as moções, com 50% mais O1(uma) das pessoas delegadas presentes em Plenário.

Art. 34 Concluída a votação das moções, encerra-se a sessão da Plenária Deliberativa da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio.

CAPÍTULO XI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 35 Serão conferidos certificados de participação na 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio às pessoas Delegadas, integrantes da Comissão Organizadora, Comitê Executivo, Comissão de Formulação e Relatoria e Comissão de Mobilização e Comunicação, Comissão de infraestrutura e Acessibilidade, Comissão de Arte e Cultura, Convidadas, Convidados, pessoas expositoras, pessoas reladoras, equipes de apoio, assessoria e monitoria, especificando-se a condição da sua efetiva participação na Conferência.

Art. 36 Será disponibilizado atendimento às intercorrências, emergências e urgências de saúde aos participantes durante os dias de realização da Etapa Nacional da Conferência.

§1º É de responsabilidade individual de cada participante zelar pela promoção de sua saúde quanto aos medicamentos e tratamentos que utiliza cotidianamente.

§2º As especificidades relacionadas a mobilidade, alimentação, ciclo de vida, necessidade de acompanhante e tratamentos especiais deverão ser previamente informadas pelo participante no ato de sua inscrição.

Art. 37 Fica revogada a Resolução CNS N° 666, de 27 de outubro de 2021, que dispõe sobre o Regulamento da Etapa Nacional da 5a Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio (5ª CNSM).

Art. 38 Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora.



14. PROGRAMAÇÃO



Segunda, 11 de dezembro

- 08h às 18h - Credenciamento
- 10h às 10h30 - Lanche
- 10h30 às 12h30 - Atividades Autogestionadas
- 12h30 às 14h - Almoço
- 14h às 14h30 - Acolhimento Mística
- 14h30 às 16h30 - Mesa - Eixo I: Cuidado em liberdade como garantia de Direito a cidadania.
Palestrantes: Lorrane Pinheiro, Sônia Barros, Kleidson de Oliveira
- 16h30 às 17h - Lanche
- 17h às 19h30 - Grupo de Trabalho - Eixo I: Cuidado em liberdade como garantia de Direito a cidadania.
- 19h30 às 20h30 - Cerimônia de Abertura
- 20h30 às 22h - Jantar

Quarta, 13 de dezembro

- 08h às 09h30 - Ato Público
- 09h30 às 10h - Deslocamento para o local da Conferência
- 10h às 10h30 - Lanche no local da Conferência
- 10h30 às 12h30 - Mesa - Eixo IV: Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-pandemia.
Palestrantes: Eduardo Mourão Vasconcelos, Mario Moro, Fernanda Penkafá
- 12h30 às 14h - Almoço
- 14h às 16h - Grupo de Trabalho - Eixo IV: Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-pandemia
- 16h às 16h30 - Lanche
- 16h30 às 18h - Tribuna Livre
- 18h às 19h - Atividade Cultural
- 19h às 19h30 - Jantar

Terça, 12 de dezembro

- 08h às 10h - Mesa - Eixo III: Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, integralidade e Equidade.
Palestrantes: Putira Sacuena, Pedro Gahriel Delgado, Marco José Duarte
- 10h às 10h30 - Lanche
- 10h30 às 12h30 - Grupo de Trabalho - Eixo III: Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, integralidade e Equidade
- 12h30 às 14h - Almoço
- 14h às 16h - Mesa - Eixo II: Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental.
Palestrantes: Helvecio Miranda, Rosana Onocko, Evalcilene Santos
- 16h às 16h30 - Lanche
- 16h30 às 19h - Grupo de Trabalho - Eixo II: Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental
- 19h às 21h - Jantar

Quinta, 14 de dezembro

- 08h às 10h - Plenária Final
- 10h às 10h30 - Lanche
- 10h às 12h - Plenária Final
- 12h30 às 14h - Almoço
- 14h às 14h30 - Atividade Cultural
- 14h30 às 16h - Plenária Final
- 16h às 17h - Encerramento

APOIO



MINISTÉRIO DA SAÚDE



15. CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS PESSOAS PARTICIPANTES DA ETAPA NACIONAL – DISTRIBUIÇÃO DOS SEGMENTOS POR ORIGEM DE PESSOA DELEGADA

A fim de dar visibilidade à caracterização qualitativa e quantitativa das 2.333 pessoas credenciadas na Etapa Nacional da 5ª CNSM, apresentam-se, a seguir, figuras e tabelas com as seguintes informações: (a) quantitativo de pessoas credenciadas por categoria; (b) quantitativo de pessoas credenciadas por origem e segmento.

Tabela 1. Quantitativo de pessoas credenciadas por categoria

CATEGORIA	QUANTIDADE
Pessoa Delegada Nacional	112
Pessoa Delegada Da Etapa Estadual	1131
Pessoa Delegada das CLN	154
Total de Pessoas Delegadas	1397
Pessoa Integrante De Comissão	34
Pessoa Relatora	49
Pessoa de Apoio	306
Pessoa de Atividade Autogestionada	158
Pessoa Artista	100
Pessoa Acompanhante	67
Pessoa para Espaço de Cuidados	22
Pessoa Convidada	190
Pessoa da Imprensa	10
Total de pessoas não delegadas (categorias diversas)	936
TOTAL DE PESSOAS CREDENCIADAS	2333



Tabela 2. Quantitativo de pessoas credenciadas por origem e segmento

ORIGEM/ SEGMENTO	USUÁRIO	TRABALHADOR	GESTOR/ PRESTADOR	TOTAL
Nacional	52	37	23	112
Etapa Estadual e DF	565	304	262	1131
Conferências Livres Nacionais	96	48	10	154
Total	713	389	295	1397

Figura 2. Distribuição dos Segmentos por Origem de Pessoa Delegada

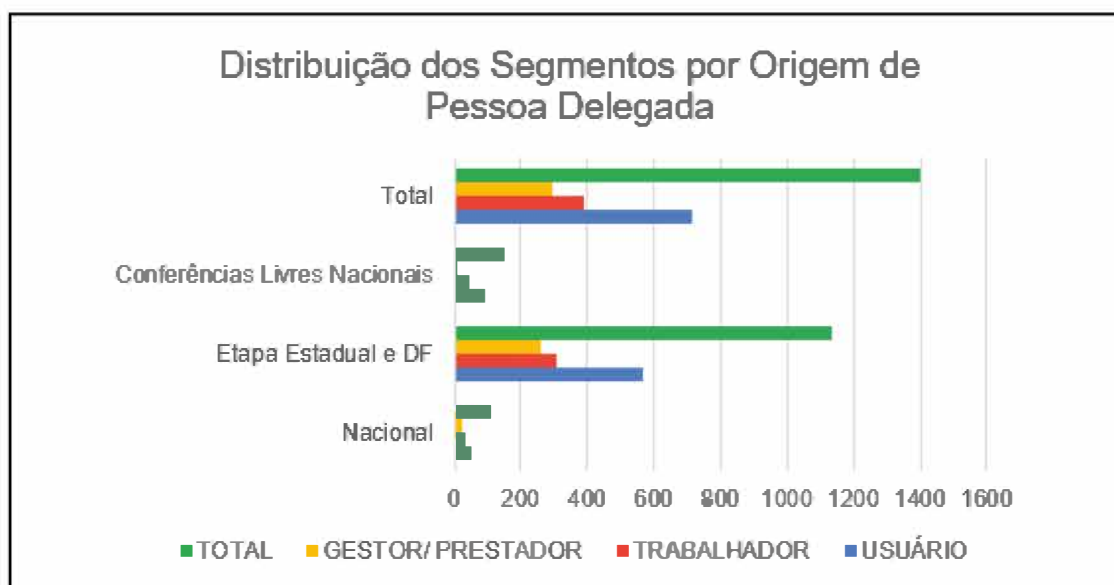


Figura 3. Distribuição de participantes - pessoas delegadas por Estado e DF

Participantes da Etapa Nacional

- **Pessoa delegada** eleita na etapa estadual e do DF, com direito a voz e voto;
- **Pessoa delegada** eleita nas Conferências Livres Nacionais incorporadas à 5ª CNSM, com direito a voz e voto;
- **Pessoa delegada**, com direito a voz e voto, eleita pelo Conselho Nacional de Saúde da seguinte forma:
 - Conselheiros (as) nacionais titulares, ou suplentes, no caso de substituição do (a) titular;
 - Conselheiros (as) nacionais suplentes, um por composição; e
 - Representantes de entidades/instituições.

A distribuição de participantes na Etapa Nacional da 5ª CNSM está assim definida:

Pessoa eleitas Delegadas na Etapa Estadual e do DF (Resolução nº 665, DE 13 de outubro de 2021)

UF	TOTAL	UF	TOTAL
Acre		Paraíba	
Alagoas	36	Paraná	64
Amapá		Pernambuco	
Amazonas	36	Piauí	36
Bahia		Rio de Janeiro	
Ceará	56	Rio Grande do Norte	36
Distrito Federal		Rio Grande do Sul	
Espírito Santo	36	Rondonia	32
Goiás		Roraima	
Maranhão	48	Santa Catarina	48
Mato Grosso		São Paulo	
Mato Grosso do Sul	32	Sergipe	32
Minas Gerais		Tocantins	
Pará	52		
Total de Pessoas Delegadas eleitas na Etapa Estadual e do DF			1.352

Pessoa delegada eleita nas Conferências Livres Nacionais incorporadas à 5ª CNSM (Resolução nº 718, de 11 de agosto de 2023)

Pessoas eleitas Delegadas pelo Conselho Nacional de Saúde	TOTAL
Para cada 50 pessoas presentes na Conferência Livre	1
Limite máximo de 10 por Conferência, desde que se reúnam mais de 500 participantes	-
Total de Pessoas Delegadas Eleitas em Conferências Livres Nacionais	174

Pessoas eleitas Delegadas pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 665, DE 13 de outubro de 2021)

Pessoas eleitas Delegadas pelo Conselho Nacional de Saúde	TOTAL
Conselheiros (as) nacionais titulares, ou suplentes, no caso de substituição do (a) titular	48
Conselheiros (as) nacionais suplentes, um por composição	48
Representantes de entidades/instituições	52
Total de Pessoas eleitas Delegadas pelo Conselho Nacional de Saúde	148

Pessoas convidadas, exclusivamente, pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 665, DE 13 de outubro de 2021)

Total de Pessoas Convidados	148
-----------------------------	-----



16. CALENDÁRIO DAS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL

29 e 30/03/2022 – Conferência de Tocantins
08 a 10/04/2022 – Conferência do Rio Grande do Sul
25 a 27/05/2022 – Conferência do Mato Grosso
17 a 18/06/2022 – Conferência do Piauí
20 a 22/06/2022 – Conferência de Alagoas
21 e 22/06/2022 – Conferência do Ceará
22 e 23/06/2022 – Conferência do Distrito Federal
22 e 23/06/2022 – Conferência do Mato Grosso do Sul
22 a 24/06/2022 – Conferência de Roraima
27 a 30/06/2022 – Conferência do Amazonas
28 a 30/06/2022 – Conferência do Acre
29 e 30/06/2022 – Conferência de Santa Catarina
17 a 19/07/2022 – Conferência do Pará
19 a 21/07/2022 – Conferência da Paraíba
26 e 27/07/2022 – Conferência do Maranhão
27 a 29/07/2022 – Conferência de Rondônia
09 a 11/08/2022 – Conferência da Bahia
11 a 12/08/2022 – Conferência de Goiás
25/08/2022 – Conferência de Sergipe
29 a 31/08/2022 – Conferência de Pernambuco
2 a 04/09/2022 – Conferência do Amapá
17 a 18/09/2022 – Conferência do Rio de Janeiro
25 e 26/10/2022 – Conferência do Paraná
08 e 09/11/2022 – Conferência do Espírito Santo
25 a 27/11/2022 – Conferência de Minas Gerais
29, 30 e 01/12/2022 – Conferência do Rio Grande do Norte
13 a 15/02/2023 – Conferência de São Paulo



17. QUADRO COM NÚMERO DE CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS E MACRORREGIONAIS POR ESTADO E DF, E TOTAL ESTIMADO DE MUNICÍPIOS MOBILIZADOS EM ETAPAS MUNICIPAIS E MACRORREGIONAIS

UF	Nº de Conferências Municipais	Nº de Conferências Macrorregionais	Nº total de Municípios mobilizados em etapas municipais e macrorregionais
AC	22	0	22
AL	80	4	80
AM	20	0	20
AP	16	16	16
BA	255	0	255
CE	184	5	184
DF	0	7	0
ES	68	0	68
GO	179	0	179
MA	0	5	113
MG	215	0	215
MS	65	0	65
MT	sem informação	sem informação	sem informação
PA	102	0	102
PB	151	0	151
PE	177	0	177
PI	sem informação	4	sem informação
PR	5	22	359
RJ	83	9	83
RN	0	8	150
RO	49	6	49
RR	15	15	sem informação
RS	181	0	181
SC	278	7	278
SE	24	5	50
SP	50	18	580
TO	0	3	139
TOTAL	2.219	134	3.516



18. QUADRO DE CONFERÊNCIAS LIVRES NACIONAIS

5ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Domingos Sávio - Conferências Livres Nacionais		
CLN	Nome/ Tema	Instituição, entidade ou movimento responsável pela organização da CLN
CL1	1ª Conferência Livre Nacional de Saúde Mental da População Negra. A Política de Saúde Mental como Direito e a Garantia de Atenção Integral à Saúde da População Negra.	Associação da Rede Unida
CL2	1ª Conferência Livre Nacional de Saúde Mental da Fonoaudiologia	Conselho Federal de Fonoaudiologia
CL3	Conferência Livre dos Bolsistas Mais Médicos. Cuidar e ser cuidado: os desafios psicossociais da formação médica no contexto da interiorização da Medicina	ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS BOLSISTAS MAIS MÉDICOS
CL4	I Conferência Livre Nacional de Mulheres e Saúde Mental Antimanicomial (CLNMSMA)	Coletiva Livre Nacional de Mulheres e Saúde Mental Antimanicomial (CLNMSMA)
CL5	Conferência Livre Nacional de Saúde Mental e Condições Crônicas Não Transmissíveis	Departamento de Enfermagem Psiquiátrica da Associação Brasileira de Enfermagem Seção Minas Gerais (ABEn-MG) Fórum Intersetorial para Combate às Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil (FórumDCNTs) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
CL6	Conferência Livre Nacional da Associação Brasileira de Estudos do Trabalho. Por que enlouquecemos no trabalho? A Saúde Mental da Classe Trabalhadora importa!	Associação Brasileira de Estudos do Trabalho (Abet) Associação dos Geógrafos Brasileiros - Seção Local Caicó RN (AGB) Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador/ Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador/ Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (CGSAT/DSAST/SVSA/MS) Coordenação Nacional de Entidades Negras (Conen) Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat) Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador/ Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador/ Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (DVST/Cerest Estadual/SES/SP) Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador-Coordenação de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo (DVISAT/Covisa/SMS) Fórum Acidentes do Trabalho Fundacentro Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Pública e Fonoaudiologia da Unicamp (GFoSP) Instituto Walter Leser - Fundação Escola de Sociologia de São Paulo (IWL-FESPSP) Ministério Público do Trabalho (MPT) Núcleo Semente - Saúde Mental e Direitos Humanos Relacionados ao Trabalho do Instituto Sedes Sapientiae/SP Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e Região



		Sindicato dos Metroviários e das Metroviárias de São Paulo
		Universidade Federal Fluminense (UFF)
		União Geral dos Trabalhadores (UGT)
CL7	1ª Conferência Livre Nacional de Saúde Mental do Fórum Direitos Humanos Saúde	membros/as do FÓRUM DH SAÚDE com apoio do CEAP
CL8	1ª Conferência Livre Nacional de Saúde Mental nas Resistências em Saúde: Entre Negligências e Resistências.	1 - Fórum Nacional de Residentes em Saúde 2 - Fórum Nacional de Coordenadores de Residências em Saúde 3 - Fórum Nacional de Preceptores e Tutores de Residências em Saúde 4 - Fórum de Apoiadores de Programas de Residências em Saúde
CL9	1ª Conferência Nacional Livre de Saúde Mental da População LGBTQIAPN+	Associação Brasileira da Rede Unida - Fórum de Direitos Humanos, da Diversidade e da Equidade de Raça e Gênero
CL10	1ª Conferência Livre Nacional de Saúde Mental das Periferias	Cebes / Abrasme
CL11	Conferência Livre Nacional de Saúde Mental e Movimentos Sociais	Central de Movimentos Populares-CMP, União Nacional por Moradia Popular - UNIÃO, AMORA movimento por moradia popular.
CL12	Conferência Livre Nacional de Saúde Mental dos Trabalhadores e Trabalhadoras das Equipes de Consultório na e de Rua (RNCNR)	Rede Nacional de Consultórios na Rua e de Rua
CL13	Conferência Livre Nacional de Saúde Mental - Adoecimento e Trabalho Bancário. A função antissocial dos Bancos.	Sindicato dos Bancários de Porto Alegre e Região, Fetrafi-RS, Contraf-CUT
CL14	Conferência Livre Nacional - As relações e processos de trabalho dos (as) trabalhadores (as) formais e informais e a proteção e promoção da Saúde Mental: Desafios para garantia do direito no SUS	FÓRUM NACIONAL DAS CENTRAIS SINDICAIS EM SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA
CL15	Conferência Livre Nacional de Saúde Mental no Enfrentamento à Hanseníase: quebrando estigmas	Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - Morhan, Rede Universitária Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase - Rede HANS Brasil, e Brasil Saúde e Ação - BRASA.
CL16	1ª Conferência de Saúde Mental dos Povos Indígenas	Aldeia Pluriétnica Tekohaw Maracanã, Ressurgência Puri Goytacá, Coletivo Canto dos Malditos, Movimento de Saúde Mental e Bem Viver dos Povos Indígenas
CL17	Conferência Livre Nacional - Chegou a Vez e a Voz dos Usuários da RAPS: limites, alcances e desafios da participação direta dos Usuários da RAPS no Controle Social do SUS.	Fabiane Helene Valmore Gisele Semcovici Souza Nelma Pereira de Oliveira Daniel Correa de Souza Bruna dos Anjos de Carvalho Maria de Fatima Peixoto Casimiro 1ª Conferência Livre Nacional de Usuários da RAPS Secretaria de Saúde Indígena/ Ministério da Saúde
CL18	I Conferência Livre de Saúde Mental da Saúde Indígena. Cuidado em liberdade como garantia de Direito a cidadania.	
CL19	1ª Conferência Nacional Livre de Saúde Mental da Psicologia: pelo cuidado em liberdade e o fortalecimento da RAPS	Conselho Federal de Psicologia (CFP) e Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI)
CL20	Conferência Livre Nacional Assédio Moral relacionado ao Trabalho	Associação Brasileira de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (ABRASTT)
	1ª Conferência Livre Nacional de Cannabis e Saúde Mental	"ORGANIZADORAS" Sociedade Brasileira de Estudos da Cannabis - SBEC Federação das Associações de Cannabis Terapêutica - FACT Instituto Tricomas de Acesso a Cannabis Associação Brasileira de Acesso do Rio de Janeiro Instituto Força Dourada Associação Tijucanna Cannabis Terapêutica Fórum Popular de Saúde de São Paulo Associação de Retinopatia Norte Fluminense/Retina Campos Colegio de Educação Profissional Hélio Augusto de Souza. Movimento de Mães Jardineiras Ayomidê Yalodê Coletiva de Mulheres Negras e LBTs Kannabbons Associação Mãesconhas do Brasil Associação brilho verde Coletivo Mente Sativa Goiânia Mães e avós em luta por saúde - Paquetá Fundação Terra Mirim - Centro de Luz
CL21		



		<p>Maria Flor Associação Cannabica Sítio Divina Floresta</p> <p>"APOIADORAS"</p> <p>Igreja Anglicana do Brasil Amigos do SUS Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares Centro de Pesquisa e Pacientes em Cannabis Medicinal Barracão Cultural ABGLT Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersez Cineclube Anandamida APEPI - Associação de Apoio a Pesquisa e Pacientes de Cannabis Medicinal Projeto IMBES Voz da Resistência Jardim - Associação de Profissionais e Usuários de Cannabis para fins de Saúde. Rede Nacional dos Consultórios na e de Rua Grupo Anti racismo "A cor do Inconsciente" Associação dos Fibromialgicos de Itabuna e Região Instituto Brasileiro de Alianças Sócio Ambiental Cultural Associação Cannábica Flor de Ananda VERDEVIDA ASSOCIAÇÃO de pacientes da cannabis medicinal Aliança Canábica Limoeiro do Norte Associação Terapêutica Cannabis Medicinal Flor da Vida Amigos Associados e Colaboradores de Londrina Associação Brasileira de usuários de medicina e terapias holísticas e do meio AMBIENTE Instituto Filhas da Terra Associação Sonho Verde Brasil Associação de Pesquisa e Apoio a Pacientes de Cannabis Medicinal Associação Regional de Terapia Canábica da Chapada dos Veadeiros Cascannabis Associação Cascavelense de Cannabis Medicinal. PEXCANNABIS UFPB Associação Cannábica Medicinal Associação Cannábica do Vale do Sana Instituto de Ciências Canabinoides</p>
CL22	Conferência Livre Pode Falar! Conferência Livre Nacional de Saúde Mental das Adolescências e das Juventudes.	Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF; Rede Pode Falar; Instituto Menino Miguel/Núcleo do Cuidado Humano/Universidade Federal Rural de Pernambuco.
CL23	Conferência Livre da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. A privatização faz mal à saúde mental.	Frente Nacional contra a Privatização da Saúde
CL24	Conferência Livre Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Por uma Sociedade Sem Manicômios: na luta pelo fim das Comunidades Terapêuticas!	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA)
CL25	I Conferência Livre de Enfermagem em Saúde Mental. Trabalhadoras e trabalhadores da Saúde, Saúde mental e estratégias do cuidado.	Federação Nacional de Enfermeiros - FNE e Sindicato dos Enfermeiros do Estado de Pernambuco - SEEPE
CL26	1a Conferência Livre Nacional sobre Políticas de Drogas Antiproibicionistas	ARTICULAÇÃO NACIONAL DE MARCHAS DA MACONHA
CL27	1a Conferência Nacional Livre de Saúde Mental e Juventudes Ocupe o SUS: a Juventude quer viver	OCUPE SUS JUVENTUDES – observatório de práticas de promoção à saúde, prevenção e assistência.
CL28	1ª Conferência Livre Nacional de Saúde Mental Antimanicomial, na Perspectiva da Educação Popular - 1ª CLNSMA/ANEPS	ANEPS - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde
CL29	2ª Conferência Nacional Livre de Saúde Mental Antimanicomial de Associações, Coletivos e Movimentos Sociais de Pessoas Usuárias e Familiares (1ª CONALIVRE USUFAM)	CONALIVRE USUFAM
CL30	Conferência Livre Nacional: A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS.	UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA E CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA



	Conferência Livre Nacional - As Residências em Saúde como Potências da Rede de Atenção Psicossocial	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infantojuvenil - Escola Superior de Ciências Da Saúde / Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS) - Distrito Federal;
CL31		Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto - Escola Superior de Ciências Da Saúde / Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS) - Distrito Federal; Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - FIOCRUZ - Distrito Federal
CL32	Conferência Nacional Livre da Frente Estamira de CAPS: Cuidado em liberdade e participação social	Frente Estamira de CAPS: Resistência e Invenção
CL33	1ª Conferência Livre Antimanicomial e 2ª Conferência Popular Antimanicomial da Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial - FASM: + Liberdade + Diversidade + Direitos = Democracia	Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial – FASM
CL34	Conferência Livre Nacional - Saúde Mental com a População em Situação de Rua. Fortalecer e garantir Políticas públicas: o SUS, o cuidado em liberdade e o respeito aos direitos humanos.	MNPR e FIOCRUZ Brasília
CL35	Conferência Livre Nacional da Articulação Nacional de Saúde e Direitos Humanos e Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros. A Saúde Mental que temos e a que desejamos como efetivação das políticas públicas com equidade.	Articulação Nacional de Saúde e Direitos Humanos e Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros
CL36	Conferência Livre Nacional - O Cuidado em liberdade nas bases da Reforma Psiquiátrica e dos Direitos Humanos	Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)
CL37	1ª Conferência Livre Nacional de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes Trans	ONG Minha Criança Trans

19. QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DAS PROPOSTAS POR EIXO E SUBEIXO NO RELATÓRIO NACIONAL CONSOLIDADO (2023)

Distribuição das Propostas por Eixo Relatório Nacional Consolidado da 5ª CNSM – Domingos Sávio		
EIXO	Propostas	%
EIXO 1	167	25%
EIXO 2	215	33%
EIXO 3	174	26%
EIXO 4	101	15%
Total	657	100%



Distribuição das Propostas por Eixo e Subeixo
Relatório Nacional Consolidado da 5ª CNSM – Domingos Sávio

Eixo	Subeixo	Propostas	%	Teve CL também como Origem	%
1	A	51	31%	30	59%
1	B	41	25%	29	71%
1	C	43	26%	33	77%
1	D	14	8%	11	79%
1	E	15	9%	14	93%
1	F	3	2%	2	67%
	Total	167	100%	119	71%
Eixo	Subeixo	Propostas	%	Teve CL também como Origem	%
2	A	25	12%	12	48%
2	B	14	7%	11	79%
2	C	31	14%	25	81%
2	D	52	24%	40	77%
2	E	5	2%	2	40%
2	F	28	13%	8	29%
2	G	60	28%	32	53%
	Total	215	100%	98	46%
Eixo	Subeixo	Propostas	%	Teve CL também como Origem	
3	A	49	28%	39	80%
3	B	34	20%	22	65%
3	C	75	43%	50	67%
3	D	16	9%	10	63%
	Total	174	100%	121	70%
Eixo	Subeixo	Propostas	%	Teve CL também como Origem	
4	A	13	13%	9	69%
4	B	25	25%	11	44%
4	C	63	62%	43	68%
	Total	101	100%	63	62%



20. SÍNTESE DAS PROPOSTAS E MOÇÕES APROVADAS

Apresentação e aspectos metodológicos

Pelas injunções políticas do país, o processo de construção da 5ª CNSM ao longo de três anos, de 2021 até 2023, enfrentou enormes desafios, e não pôde contar nos dois primeiros anos com a participação e apoio da gestão da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. O Conselho Nacional de Saúde assumiu a responsabilidade de convocar a conferência, elaborou o temário de eixos e subeixos e, posteriormente, definiu comissões, dentre as quais a Comissão de Formulação e Relatoria.

Além disso, seguindo uma nova tendência de metodologia adotada nas últimas conferências nacionais de políticas de saúde, houve a definição de que cada instância poderia encaminhar um total de 12 propostas. É bastante nítido que cada uma das propostas enviadas acabou contendo temáticas variadas, para acolher a diversidade de tópicos e assuntos relevantes para as(os) respectivas(os) participantes. Essa característica foi naturalmente reproduzida nas propostas que chegaram para a etapa nacional e que, depois, foram avaliadas e aprovadas durante a 5ª CNSM. A própria complexidade e riqueza do campo da saúde mental, com suas variadas dimensões, que se interconectam, estimulando a diversidade temática dentro de cada proposta, também contribuiu para transversalidade de temas no conteúdo dos textos.

A Comissão Organizadora decidiu pela inclusão das conferências livres no processo, o que possibilitou a ampliação da participação democrática, ao mesmo tempo em que aumentou ainda mais a complexidade e o número de propostas.

Diante dessa realidade, a Comissão de Formulação e Relatoria fez um primeiro esforço significativo de consolidação das propostas enviadas pelos estados e conferências livres nacionais, buscando organizá-las da melhor maneira possível nos eixos e subeixos pré-estabelecidos no temário. Neste processo, foi preciso realizar a leitura do conjunto de proposições, identificar a ideia mais forte em cada uma delas (por meio de palavras-chave) para poder agrupá-las (operação de realocação de propostas em eixos e subeixos) e, posteriormente, juntar propostas com as mesmas ideias (operação de mesclar propostas).

O desafio da diversidade temática dentro de cada uma das propostas foi aumentado a partir do advento das conferências livres nacionais, cujo período de realização se deu já bem perto da data da etapa nacional, com um volume de propostas que representou um aumento de cerca de 137% no volume global do relatório. Outro aspecto importante é a diferença na própria redação dos textos apresentados pelas etapas estaduais, realizadas em 2022, e o conteúdo das conferências livres nacionais, que incorporaram ao processo iniciativas e discursos populares em um novo contexto, já no ano de 2023.



A Comissão Organizadora disponibilizou o Relatório Nacional Consolidado da 5ª CNSM (2023) no formato digital, para ser acessado previamente aos dias da etapa nacional. Em relação à programação de atividades na etapa nacional da 5ª CNSM, o tempo designado para os grupos de trabalho, que tinham a tarefa de avaliar e deliberar sobre as propostas, permaneceu inalterado, mesmo com a ampliação substancial do volume e do conteúdo a ser debatido e analisado pela delegação.

Para a composição da Equipe Ampliada de Relatoria para a etapa nacional, a Comissão de Formulação e Relatoria apresentou a proposta de incluir pessoas usuárias e de familiares do campo da saúde mental. Desta forma, participaram 16 pessoas usuárias da RAPS e familiares indicadas pelos coletivos, organizações e entidades dos campos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Posteriormente, no relatório final, a despeito da organização das propostas em eixos e subeixos, grande parte dos temas ficaram dispersos em todo o conjunto de propostas e moções aprovadas, o que poderia dificultar à pessoa leitora identificá-las, ao buscar uma temática específica de seu interesse. Naquelas mais dispersas em todo o relatório, essa busca poderia implicar em ler todo o relatório. Por essa razão, a Comissão de Formulação e Relatoria avaliou que, para possibilitar uma apropriação mais acessível do relatório final pela população do país, seria necessário identificar os principais temas e descrever as linhas gerais de como eles emergem nos diversos eixos e subeixos do relatório. Além disso, particularmente naqueles temas mais dispersos ao longo do relatório, tornou-se necessário indicar o número das propostas e moções que fazem referência a cada tema, o que foi informado entre parêntesis.

Na produção dessa síntese, foi realizado um esforço para manter a sequência dos eixos e subeixos da 5ª CNSM, contudo alguns ajustes foram feitos para melhor representar os principais temas abordados na conferência. Ao todo foram elencados 20 temas principais e, para cada um deles, foram realizadas buscas por palavras-chave e construídas sínteses temáticas, tendo como fonte a Resolução CNS nº 739, de 22 de fevereiro de 2024 – “Dispõe sobre a publicação das diretrizes, propostas e moções aprovadas na 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Domingos Sávio, entre outras medidas correlatas”. Do ponto de vista metodológico, é importante observar que, quando o número de referências encontrado não era muito elevado, foi viável montar sínteses de caráter exaustivo, indicando, na medida do possível, todas as propostas e moções relacionadas à temática. Contudo, em temáticas com número muito elevado de propostas e moções, a definição foi por indicar aquelas avaliadas como mais importantes ou com uma formulação mais completa. Neste caso, essa opção é assinalada no início do texto de síntese.

Na produção de cada um destes textos de síntese apresentados a seguir, buscou-se cumprir dois objetivos principais: em primeiro lugar, sistematizar de forma o mais sintética possível uma visão dos princípios e linhas gerais que orientaram as propostas e moções relacionadas a cada uma dessas temáticas. Em um segundo momento, o



esforço foi identificar os variados subtemas, tópicos e itens específicos que emergiram em cada um dos 20 conjuntos temáticos de propostas e moções, com os seus respectivos números entre parênteses, para facilitar a sua localização no conjunto do relatório final.

Assim, nessa seção de síntese, a Comissão de Formulação e Relatoria apresenta o resultado do amplo esforço de mapeamento, descrição e sistematização dos principais temas, mas reconhece que, apesar de todo o empenho, há limitações quanto à abrangência de toda a diversidade e complexidade que emerge nas nuances de cada uma das propostas e moções do conjunto deste relatório final, de modo que diversos aprofundamentos analíticos caberão e poderão ser feitos.

A Comissão de Formulação e Relatoria avalia que essa estratégia será fundamental para facilitar a localização das propostas e moções sobre temáticas específicas e, portanto, pode ser interessante que se faça a leitura das seções desejadas, conforme apresentadas a seguir, antes mesmo da consulta ao relatório propriamente dito.

Além disso, é necessário reconhecer que cada uma das conferências nacionais enfrenta desafios e dificuldades específicos, dadas as conjunturas em que suas etapas foram realizadas, de modo que identificar e avaliar tais contextos possibilita buscar as formas mais pertinentes de a população se apropriar de seus resultados, inclusive para contribuir com o aperfeiçoamento das próximas conferências.

Assim, a Comissão de Formulação e Relatoria considera que a sociedade brasileira em geral, mas particularmente as atrizes e os atores sociais e políticas(os) vinculadas(os) ao campo da saúde mental, álcool e outras drogas, ao se interessarem por um ou mais temas específicos, poderão tomar os textos de síntese como guias para o conhecimento do rico conteúdo das propostas e moções aprovadas nesta 5ª CNSM, que representou mais uma conquista importante do SUS, do processo de Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial e das políticas intersetoriais associadas.

É preciso reafirmar que este relatório final é fundamental para o reconhecimento do processo histórico, do estado da arte e de renovação no campo, como também para sua apropriação como diretrizes mais amplas da política do Estado brasileiro na área de saúde mental, álcool e outras drogas para os próximos anos.

EIXO I - CUIDADO EM LIBERDADE COMO GARANTIA DE DIREITO À CIDADANIA

1 - DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E CUIDADO EM LIBERDADE NA RAPS SUBSTITUTIVA À LÓGICA MANICOMIAL

O Eixo 1 - Subeixo A “Desinstitucionalização: Residências terapêuticas, fechamento de hospitais psiquiátricos e ampliação do Programa de Volta para Casa”



apresenta 44 propostas que articulam um conjunto de dimensões e aspectos relativos a este “Subeixo A” e, também, de forma geral, ao título do Eixo 1: “Cuidado em liberdade como garantia de direito à cidadania”; desta forma, esta síntese buscou apresentar e ordenar os principais temas presentes.

Inicialmente, cabe destacar que as propostas deste “Subeixo A” afirmam/reafirmam o SUS (6, 7, 20), a Lei 10.216/2001 (23, 44), a Lei 10.708/2003 (20, 35), a Lei 13.146/2015 (12), a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (12), a reforma psiquiátrica (7, 18, 20, 31), e a luta/o movimento antimanicomial (5, 16, 18, 23) assinalando:

- a) O “SUS público, estatal, gratuito, laico e de qualidade” (6), as “políticas públicas de saúde mental que respeitem os avanços da reforma psiquiátrica e as conquistas do movimento antimanicomial de caráter popular” (18), a ampliação e o fortalecimento das “políticas públicas para o cuidado em liberdade” (31, 44), assim como o desenvolvimento de “políticas de saúde mental que levem em consideração as especificidades de populações vulnerabilizadas, com participação ativa desses grupos” (9);
- b) As perspectivas antimanicomial (1, 5, 6, 31), do cuidado em liberdade (5, 28, 31, 41, 44), da desinstitucionalização (5, 6, 20, 27, 28, 33, 38, 41, 42), dos Direitos Humanos (5, 6, 7, 10, 38) e da redução de danos (5, 6, 28, 41), e “oposição às abordagens e instituições centradas na abstinência” (41);
- c) A afirmação/reafirmação da superação, com diferentes proposições e termos (“fim”, fiscalização e extinção, “fechamento da porta de entrada”, “excluir financiamento”, “fechamento”, etc.), de Hospitais Psiquiátricos (HP) (8, 23, 28, 30, 41, 42), Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) (5, 30, 41), Comunidades Terapêuticas (CT) (3, 8, 23, 28, 42), assim como de todas as formas de instituições manicomiais/asilares (3, 5, 8, 23, 41, 42);
- d) O “processo”/a “política de desinstitucionalização” (5, 6, 20, 27, 28, 38, 41, 42), a “substituição das instituições asilares por serviços substitutivos” (6), e, com diferentes termos, o redirecionamento de recursos das CT e dos HP para “implantação de serviços de saúde mental de base territorial e comunitária”/“serviços substitutivos” da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (5, 23, 44);
- e) A “implementação”, “ampliação”, “estruturação”, “qualificação”, e o “fortalecimento” da RAPS e “serviços substitutivos” (1, 5, 10, 28, 30, 31, 40),



“para todas as faixas etárias” (30) e “com financiamento pelos três níveis de governo” (20, 30);

- f) A garantia que as “políticas e ações em saúde mental sejam laicas, combatendo discriminação por origem, idade, religião/espiritualidade (ou ausência de), raça, sexo, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, classe social, capacidades, ou ainda, por apresentar sofrimento psíquico/psicossocial, por fazer uso de qualquer substância psicoativa ou por qualquer condição humana” (9);
- g) A reversão de “todas as formas de privatização [...] dos serviços da RAPS via Organizações Sociais” (7);
- h) A garantia de “políticas e programas intersetoriais” (12, 37), de “parceria com políticas intersetoriais” (41), de “ações” e “rede” intersetoriais (28, 29, 36, 42), e de intersetorialidade com as “políticas de Habitação, Assistência Social, Direitos Humanos, dentre outras” (6), com o “Sistema de Justiça” (12), e “política de integração das áreas de saúde mental, economia solidária, cultura e artes” (13).

A superação de HP, HCTP, CT, antes citada, é abordada em diversas propostas deste “Subeixo A” e também no conjunto das propostas e moções do relatório, e, por vezes, as propostas citam essas instituições de forma conjunta. Especificamente em relação aos **HP** são indicados, no conjunto das propostas presentes no relatório, os seguintes aspectos, além dos descritos inicialmente:

- a) Garantia, “em todo o território nacional”, da superação, com diferentes termos (abolir/fechamento/encerramento/extinção, etc.), dos HP “ainda existentes, públicos e privados, conveniados com o SUS” (8, 30, 41, 42, 236, 290, 343 e moção 31) e da “proibição de abertura de novos e a ampliação de leitos existentes, assegurando, ao mesmo tempo, o incremento, a implantação e a qualificação da rede de serviços substitutivos” (30);
- b) Exclusão do “financiamento”, com diferentes termos, de “internações” em HP/HP/”leitos” em HP/”implantação de novos” HP (23/350, 28, 277, 282, 283, 284, 290);



- c) Extinção da “internação em hospitais psiquiátricos e semelhantes, tendo em vista que os serviços substitutivos provaram ser capazes de atender as urgências psiquiátricas com qualidade e competência” (41);
- d) Garantia de “atendimento, grupos de apoio e cuidado às famílias” de pessoas com sofrimento psíquico “e/ou egressas de hospitais psiquiátricos” (2).

As propostas referentes aos HCTP e às instituições de privação de liberdade, e de medidas socioeducativas para adolescentes em conflito com a lei estão contempladas neste relatório, nos textos das sínteses “Saúde mental de pessoas em situação de privação de liberdade e/ou em conflito com a lei, e diversas formas de violência e encarceramento de populações periféricas” e “Saúde mental de crianças, adolescentes e jovens: garantia de direitos, protagonismo e intersetorialidade”.

Igualmente, no que se refere às CT, as propostas são apresentadas, neste relatório, no texto da síntese “Saúde mental, álcool e outras drogas e redução de danos”.

No que se refere à **RAPS**, diversas propostas deste “Subeixo A” indicam, a “implementação”, “ampliação”, “estruturação”, “qualificação”, e o “fortalecimento” da RAPS e “serviços substitutivos” (1, 5, 10, 28, 30, 31, 40), e pode-se destacar os seguintes aspectos, além dos mencionados inicialmente:

- a) A garantia de “acesso ao cuidado em saúde mental” a todas as pessoas usuárias (1, 5), “a aplicação dos princípios do modelo de atenção à saúde mental aberto de base territorial e comunitária com o objetivo da reabilitação psicossocial” (28), a “implantação de serviços de saúde mental de base comunitária territorial” (42, 44), a “lógica do território” (20, 28), o “cuidado em liberdade e no território” (5, 28, 31, 41, 44), e a “redução de danos” (5, 6, 28, 41);
- b) O “combate”/a eliminação de todas as formas de “discriminação”, “preconceito” e “estigmatização” (5, 26);
- c) A promoção da “interação de toda a sociedade envolvida nas ações da saúde mental [...] e informar e integrar a comunidade” (26);
- d) A garantia, com diferentes termos, da “convivência familiar e comunitária” e “reinserção social” (26, 27, 31).



Como antes mencionado, as propostas relativas à CT constam, neste relatório, no texto da síntese “Saúde mental, álcool e outras drogas e redução de danos”, mas importante destacar, no que se refere à RAPS, que algumas propostas deste “Subeixo A” explicitam, com diferentes termos, a exclusão das CT da Portaria da RAPS (5, 7, 20, 41).

As propostas assinalam, também, a “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra de acordo com Portaria 992/GM/MS de 13 de maio de 2009” (5), e, no que se refere ao “acesso, atendimento e acompanhamento” das pessoas em situação de rua apontam: o fortalecimento de relação entre a rede de saúde, “CAPS e os CnaR” (4), a construção de “protocolos não discriminatórios” (21), o fomento à “criação de centros de convivência e Unidades de Acolhimento, bem como ampliar as equipes de consultório na rua e os centros de atenção psicossocial nos territórios” (21). Cabe ressaltar que as propostas relativas à saúde mental e população negra, e às pessoas em situação de rua constam, neste relatório, nos textos das sínteses “Saúde mental e população negra” e “Saúde mental e população em situação de rua”.

As propostas deste “Subeixo A” indicam, ainda, a garantia de “investimentos”, “financiamento”, “equipe”, e equipamentos necessários (tais como: 1, 3, 14, 20), e a “contratação de mais profissionais, capacitação continuada e melhorias dos serviços oferecidos” (31).

No que se refere à composição das equipes nos serviços da RAPS, as propostas apontam: “fortalecer a transdisciplinaridade, garantindo equipes amplas” incluindo “fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, [...] arteterapeutas dentre outros profissionais, como proposto nas Portarias 336/2002 e 3088/2011” (17); incluir educadores físicos (17, 43); e “regulamentar a “presença da(o) profissional Redutora(or) de Danos em todos os pontos da RAPS” (41).

Em relação a recursos e equipamentos indica-se a necessidade de “garantir em todos os serviços de atenção psicossocial: (a) veículos adequados para transporte de pessoas usuárias e familiares [...]; (b) imóveis adequados, com numerosos espaços para atendimento, acolhimento noturno, oficinas, reuniões [...], banheiros com portas e privacidade, bebedouros, cozinha, sala de refeições e área verde espaçosos; (c) melhoria da qualidade e diversidade da alimentação fornecida às pessoas usuárias destes serviços e seus familiares, com atenção aos aspectos nutricionais, simbólicos, a culturas regionais [...]; (d) toda a infraestrutura móvel (mesas, cadeiras, móveis, arquivos, telefones, etc)”;



[...] (e) “computadores e rede de wifi à disposição das pessoas usuárias e familiares”;
[...] (f) “provisão adequada de psicofármacos” (14).

Cabe destacar que os textos das sínteses relativas ao financiamento e à formação/educação permanente são apresentados, neste relatório, nos itens “Gestão e financiamento da PNSMAD no SUS público e universal” e “Formação e educação permanente para fortalecer protagonismo em defesa das RAPS substitutivas à lógica manicomial”.

A seguir são apresentadas propostas presentes neste “Subeixo A” relativas a alguns componentes e pontos de atenção da RAPS substitutiva, a saber: estratégias de desinstitucionalização, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), atenção de urgência e emergência, atenção em Hospital Geral (HG), e estratégia de reabilitação psicossocial. Considerando que diversas propostas citam, em diferentes aspectos, estes componentes e pontos de atenção, são indicadas as propostas e moções que constam em outros Eixos e/ou texto de síntese.

No que se refere à atenção básica, Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Convivência (CECO), Consultório na Rua (CnaR), as propostas são apresentadas, neste relatório, no texto da síntese “Universalidade, atenção básica e a RAPS substitutiva à lógica manicomial”; as propostas relativas a Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), (CAPS AD III), Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI) e redução de danos, integram o texto da síntese “Saúde mental, álcool e outras drogas e redução de danos”. As propostas sobre Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), infância, adolescência e juventude constam no texto de síntese “Saúde mental de crianças, adolescentes e jovens: garantia de direitos, protagonismo e intersetorialidade”, e as propostas sobre protagonismo, participação e direitos das pessoas usuárias e familiares são apresentadas, neste relatório, no texto da síntese “Cidadania, direitos humanos, participação e protagonismo de pessoas usuárias e familiares”.



No que diz respeito ao **Programa de Volta para Casa (PVC) e Serviço Residencial Terapêutico (SRT)**, diversas propostas integrantes deste “Subeixo A” apontam: a garantia de “acesso”, “ampliação”, “efetividade”, “implantação e promoção”, financiamento do PVC, Lei 10.708/2003 (8, 20, 27, 28, 35, 40, 41), “em contextos urbanos e rurais” (27), assim como de SRT (8, 20, 27, 28, 40, 41), assegurando e ampliando “o processo”/a “política de desinstitucionalização” (20, 27, 28, 41), “em parceria com políticas intersetoriais” (41).

As propostas indicam, ainda, a garantia de “acesso às modalidades diversas de moradia” (35, 41), “inclusive moradia individual assistida” (41); no que se refere ao PVC é assinalada, também, “a criação de comissão estadual e municipal [...], com vistas à ampliação e garantia da fidedignidade na prestação de contas no uso específico do recurso pelo/a beneficiário/a, além de revisão do valor pago” e reajuste com base no salário-mínimo nacional (35).

No conjunto dos Eixos, outras propostas abordam PVC e SRT assinalando: apoiar a implementação da Política Antimanicomial do Judiciário (Resolução CNJ 487/2023), garantindo recursos para SRT e para o PVC (52, 123, 130, 166). Diversas propostas citam SRT (79, 123, 156, 164, 166, 171, 216, 236, 238, 240, 279, 283, 340, 353 e moção 39), e cabe destacar a garantia de: financiamento da RAPS, incluindo SRT (79, 156, 216, 283, 340); habilitação dos SRT conforme a Portaria 3090/2011 [...] e revisão da portaria no que se refere ao seu público-alvo (164). A moção 02 propõe a criação do Fórum Nacional dos SRT com objetivo de fortalecer os SRT como serviços substitutivos.

Diversas propostas deste “Subeixo A” destacam os **CAPS**, abordando suas diferentes modalidades, diversos aspectos, e citando, também, outros serviços da RAPS; de forma sintética e especificamente sobre os CAPS, cabe ressaltar:

- a) Ampliar CAPS (21, 36), CAPS II (20), CAPS III (1, 20, 22, 31, 36), CAPS AD III (20), CAPSi II (20, 31) e CAPSi III (20, 41);
- b) Garantir “a assistência em CAPS” (41) e fortalecer “a vivência em tratamento em CAPS I, II, III, em regime portas abertas” (31);



- c) “Implantar e efetivar” [...] CAPS II e CAPS III “regionalizados” (31);
- d) Implantar “novos CAPS, em municípios de pequeno porte, com menos de 10.000 habitantes” (5, 10);
- e) “Priorizar o atendimento com acolhimento, atenção qualificada e humanizada, inclusão e proteção às pessoas que vivenciam situações de crises, entre elas, a tentativa de suicídio, reconhecendo o risco e gravidade, ampliando [...] CAPS III [...], demais modalidades de CAPS” (36);
- f) “Reafirmar o CAPS como lugar prioritário para atenção de pessoas em situação de crise” (20).

Importante destacar que CAPS, nas diferentes modalidades, está presente em diversas propostas e moções e, dessa forma, consta, também, em outros textos de sínteses deste relatório. Cabe destacar que uma proposta deste “Subeixo A” assinala a exclusão de “financiamento [...] de ambulatórios” (28).

Em relação à **atenção de urgência e emergência**, as propostas deste “Subeixo A” citam, também, outros serviços das RAPS, das redes intra e intersetoriais, e vale destacar:

- a) “Garantir, quando necessário, o atendimento na urgência e emergência” (28), “instituir equipe multiprofissional especializada em saúde mental” no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) “em todo território nacional” e “ampliar, qualificar e assegurar atendimento às crises em saúde mental na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), tais como [...] SAMU, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Portas hospitalares de atenção às urgências” (29);
- b) “Garantir a implementação da oferta do cuidado em saúde mental para pessoas em situação de crise [...] nos Pronto Atendimentos, com equipes capacitadas para realizar o manejo de crise com intervenções necessárias, adequadas e com os devidos encaminhamentos para a rede intrasetorial de saúde e intersetorial” (29);
- c) “Priorizar o atendimento com acolhimento, atenção qualificada e humanizada, inclusão e proteção às pessoas que vivenciam situações de crises, entre elas, a tentativa de suicídio, reconhecendo o risco e gravidade, ampliando serviço de funcionamento 24hs em [...] prontos socorros gerais” e formalizar “um



fluxograma e protocolo de atendimento e manejo em situações de crise, sofrimento mental/psíquico com o SAMU, UPA [...] e demais serviços intersetoriais” (36);

- d) “Planejar a nível nacional, estadual e municipal a implementação de um programa federal e programas municipais de cartão e plano de crise nos serviços de atenção psicossocial [...] para garantir que serviços de emergência, tais como o SAMU, Corpo de Bombeiros e forças de segurança, sejam devidamente capacitados para prevenir abordagens discriminatórias [...] dessas pessoas e tenham conhecimento imediato deste plano e dos serviços para onde devem encaminhar a pessoa usuária” (11).

Cabe ressaltar que a atenção de urgência e emergência consta, também, em outras partes do relatório, nas propostas 141, 240, 261, 283, 335, 418, 461, 520, 606, e moções 02, 07, 13, assinalando que deve ser implementada “nos municípios e regiões, com garantia de todos os pontos de atenção dos 7 Componentes” da RAPS” (520), e, também, destacando a ampliação e qualificação da RUE, incluindo protocolos orientadores de atenção à crise (141, 240, 261).

Neste “Subeixo A”, as propostas relativas à **atenção em Hospital Geral (HG)** indicam, dentre outros aspectos:

- a) Garantir “leitos de saúde mental” em HG (23, 28, 39, 41), com “equipe multiprofissional” (41), “tanto para adultos como a população infanto-juvenil” (23, 28);
- b) Garantir “a oferta de número adequado de leitos hospitalares de saúde mental nos hospitais gerais, com vagas planejadas de forma regionalizada, considerando a realidade local, com regulação de leitos pelo SUS e internação em tempo oportuno” (23);
- c) “Garantir, quando necessário, [...] a internação breve em leitos de enfermaria de hospital geral” (28);
- d) “Ampliar, qualificar e assegurar atendimento às crises em saúde mental” em “outros serviços de funcionamento 24h com ênfase nos hospitais gerais” (29);



- e) “Priorizar o atendimento com acolhimento, atenção qualificada e humanizada, inclusão e proteção às pessoas que vivenciam situações de crises, entre elas, a tentativa de suicídio, reconhecendo o risco e gravidade, ampliando serviços de funcionamento 24hs em [...] hospitais gerais” (36).

Importante ressaltar que a atenção em HG é presente em diversas propostas dos Eixos, sendo que os leitos de saúde mental em hospital geral figuram em mais 16 propostas do relatório (166, 170, 216, 283, 289, 300, 313, 317, 334, 336, 340, 350, 357, 515, 544, 556) e moção 02, predominantemente relacionados à expansão da rede (554, 556), e à garantia de “financiamento público para estruturação dos componentes” da RAPS (166, 170, 216, 283, 289, 300, 340). É citada, também, a implantação de leitos “tanto para os adultos quanto para a população infanto-juvenil” (300, 350), “em hospitais gerais regionalizados” ou financiados de acordo com critérios regionais (216, 350, 515), “em municípios de pequeno porte, por meio da revisão dos critérios de habilitação dos serviços” (283, 313, 357).

Neste “Subeixo A”, um conjunto de propostas aborda a criação, implementação, e o fortalecimento de **iniciativas/projetos de arte, cultura, trabalho** e dentre os diversos aspectos citados pode-se identificar:

- a) diferentes denominações das iniciativas: “programas de trabalho, cooperativismo, renda e cultura/arte, [...] “programas [...] de trabalhadores de suporte de pares” (13, 37); “trabalho autogestionário na perspectiva da economia solidária [...] trabalho associado [...] iniciativas de economia solidária e geração de renda [...] cooperativas populares e associativismo” (19); “geração de renda e inclusão social” (20); “projetos de geração de renda e economia solidária” (22); “projetos artísticos e culturais, oficinas geradoras de renda e artístico culturais [...], projetos de economia solidária” (24); “economia criativa e de geração de renda” (25); “programas, projetos e ações de geração de trabalho e renda [...] oficinas de arte, trabalhos manuais [...] grupos de geração de renda [...] no formato de economia solidária” (32); “iniciativas de geração de trabalho e renda, de empreendimentos solidários e cooperativas sociais” (33); “cooperativas de trabalho, pontos de cidadania” (40). Em outros Eixos também constam propostas de programas de trabalhadores de suporte de pares (196, 201, 518, moção 18);



- b) A “perspectiva da economia solidária” (13, 19, 22, 24, 32, 33);
- c) A perspectiva de “estratégias de reabilitação psicossocial” de pessoas usuárias e familiares (22, 24, 33);
- d) “Promover uma ampla política de integração das áreas de saúde mental, economia solidária, cultura e artes, no âmbito federal, estadual e municipal, incluindo uma base legal e normativa adequada” (13);
- e) “Garantir investimento em políticas de economia solidária autogestionária” (19) e apoio, financiamento, incentivo financeiro e fomento das iniciativas (19, 24, 25, 32, 33);
- f) Criar “políticas inclusivas de trabalho” (32) e “garantir, através de políticas e programas intersetoriais, as condições de vida digna e produtoras de saúde mental, com oferta de formação, capacitação profissional, criação de postos de trabalho e inserção dos usuários do serviço de saúde mental, adultos e juvenil, nos mesmos” (37);
- g) “Promover políticas públicas de inclusão ou reinclusão dos usuários da saúde mental no mercado de trabalho” e “criar mecanismos de reinserção [...] por meio de incentivos fiscais, banco de oportunidades vinculado entre CAPS, ação social” e secretarias estaduais de trabalho, e realizar capacitação técnica (34).

Cabe destacar que propostas sobre essas temáticas constam neste relatório, também, no texto da síntese “Cidadania, direitos humanos, participação e protagonismo de pessoas usuárias e familiares”.

2. CIDADANIA, DIREITOS HUMANOS, PARTICIPAÇÃO E PROTAGONISMO DE PESSOAS USUÁRIAS E FAMILIARES

As propostas sobre direitos e diferentes formas de protagonismo das pessoas usuárias e familiares de serviços de saúde mental, álcool e outras drogas foram numerosas e acabaram distribuídas ao longo de todo o relatório, muito além do Eixo 2 – Subeixo C “Controle social e participação social na formulação e na avaliação da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas”. Dada esta característica, essa seção visa cumprir dois objetivos: possibilitar em primeiro lugar uma visão mais ampla dos princípios e linhas gerais que orientaram o conjunto das propostas e moções nessa temática, e em um segundo momento, identificar as diversas temáticas de direitos e dispositivos e formas específicas de protagonismo nas propostas e moções, com os respectivos números nas quais foram citadas, para facilitar a sua localização no conjunto de relatório final.



Na primeira direção, cabe inicialmente salientar que a temática dos direitos e protagonismo das pessoas usuárias e familiares de serviços de saúde mental, álcool e outras drogas, foi orientada pelos princípios mais gerais dos direitos de cidadania, Direitos Humanos e dos direitos dos usuários do SUS, particularmente nos seus dispositivos de participação direta e controle social. O objetivo central foi de que as “políticas públicas de saúde mental sejam pensadas, postas em pautas, formuladas, implementadas e avaliadas com ampla participação do ponto de vista dos usuários da RAPS e objetivando a necessária emancipação política e psicossocial das pessoas em processo de sofrimento psíquico” (192).

Pelas propostas e moções, esses dispositivos de defesa de direitos, participação e protagonismo devem ser implementados de forma inclusiva, dialógica, democrática, transversal e plural, enfrentando estigmas, com inclusão digital e condições equitativas de acesso, com base na educação popular, com práticas humanizadas e antirracistas, respeitando direitos e particularidades de grupos vulnerabilizados, favorecendo uma nova cultura de escuta e trabalho conjunto dos trabalhadores e profissionais com as pessoas usuárias e familiares (33, 192, 193 197, 201).

Quanto às diversas formas de capacitação, participação e protagonismo direto, o relatório apresenta uma ampla gama de dispositivos, alguns deles já consagrados no SUS e no processo de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial no país. Além disso, mostrou também um segundo e amplo conjunto de novos dispositivos, com base em experiências inovadoras dos últimos anos, com numerosas propostas originais que projetam um variado espectro de novas formas de protagonismo e defesa de direitos em todos os níveis e áreas da RAPS, nos serviços, no cuidado, nas normas e na legislação.

Entre os primeiros, foram indicados os mecanismos clássicos de controle social do SUS e seus conselhos, mas uma nova ênfase importante foi dada aos conselhos gestores de serviços, visando a democratização da sua gestão. Um grande número de propostas reafirma a importância dos projetos e dispositivos de geração de renda, economia solidária e de cultura e arte e o estímulo para a criação ou fortalecimento de associações de pessoas usuárias e familiares.

Quanto ao segundo grupo, de propostas mais inovadoras, chama atenção as oficinas, cursos e cartilhas de cidadania, de direitos sociais e de Direitos Humanos; a implementação de programas de suporte de pares, com contratação de lideranças de pessoas usuárias e familiares para atuar diretamente nos serviços; os grupos de ajuda e suporte mútuos; a garantia de acesso gratuito ao transporte público urbano, intermunicipal e interestadual; a oferta de *wifi* e computadores nos serviços para uso das pessoas usuárias e familiares, com capacitação adequada; canais de ouvidoria; comissões permanentes intersetoriais para assuntos dos direitos e protagonismo das pessoas usuárias e familiares, etc.

Assim, no primeiro grupo, as mais citadas foram:



- a) Projetos e programas de capacitação e trabalho, cooperativismo, renda e economia solidária (13, 19, 24, 25, 32, 33, 34, 60, 192, 196, 201, 397, e moções 18 e 33).
- b) Programas de cultura/arte (artes plásticas, teatro, dança, música, literatura, carnavalização, festas populares etc.), esportes, lazer, e turismo solidário (13, 24, 25, 32, 192, 196, 397 e moções 18 e 33).
- c) Reafirmação do princípio da participação social/popular qualificada, direta e efetiva de pessoas usuárias e familiares no controle social do SUS, com capacitação continuada, e nos eventos e fóruns diversos no SUS e RAPS, com garantia de custeio de transporte e alimentação (191, 192, 193, 196, 197, 203, 206, 216).
- d) Criação e fortalecimento de associações e coletivos presididos por familiares e pessoas usuárias da RAPS (192, 194, 200, 204 e moção 33).
- e) Medidas normativas que garantam a implantação de conselhos gestores em todos os serviços da RAPS (16, 194, 195).

Quanto às propostas e moções inovadoras ou ainda com experiências apenas pontuais no país, as principais e mais citadas foram:

- a) Programas com financiamento federal de contratação de lideranças de pessoas usuárias e familiares como trabalhadores(as) de suporte de pares, integrados(as) às equipes da RAPS e da Justiça Restaurativa (13, 37, 196, 201, 518, 605 e moção 18).
- b) Programas com financiamento federal para implantação de grupos de ajuda e suporte mútuo nos serviços da RAPS, incluindo para Ouvidores de Vozes (13, 20, 24, 37, 201, 463, 518 e moção 18).
- c) Medidas normativas e legais em todos os níveis da federação que garantam o acesso gratuito para pessoas usuárias e familiares nos vários tipos de transporte municipais, intermunicipais, estaduais e nacionais (32, 365, 379, 386, 397).
- d) Programas de inclusão digital e condições equitativas de acesso a computadores e rede de *wifi* para pessoas usuárias e familiares nos serviços da RAPS, incluindo capacitação adaptada, visando também estimular o acesso às redes sociais de troca de experiência e de lutas (14, 192 e moção 33).

Além dessas mais citadas, se destacaram também propostas inovadoras e importantes, mas que tiveram menos citações, tais como: programas federal e municipais para implementação de cartão e plano de crise e da Tomada de Decisão Apoiada (11, 12); ouvidorias qualificadas para que pessoas usuárias e familiares tenham vez e voz no SUS, comissões, grupos de trabalho, rede de fiscalização com participação popular, com suporte do Ministério Público e Defensoria Pública dos estados (188, 196); programas de habitação solidária (13); programas de financiamento público a fundo perdido para associações de pessoas usuárias e familiares na RAPS (13); projeto



Comunidade de Fala (201); fortalecimento das assembleias de pessoas usuárias e familiares nos serviços da RAPS (16); código de ética que oriente profissionais e trabalhadores para lidar com as pessoas usuárias, familiares e particularmente com pessoas em situação de rua (15); anulação de exigências de conselhos municipais e estaduais de saúde do país, para que associações de pessoas usuárias e familiares só possam participar mediante registro em cartório e apresentação de CNPJ (202); combater, todas as formas de discriminação racial, étnica, de origem social e geográfica, de gênero, de preferências sexuais, de idade e geração na RAPS e demais políticas sociais (232), e oficinas sobre sexualidade para pessoas usuárias da RAPS (232). Além das várias propostas e moções já indicadas, outras propostas não mencionadas também contemplam outras formas de direitos e protagonismo (29, 33, 85, 148, 197, 198, 199, 312, 364, 404 e 449).

3. SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS

Nas propostas relativas ao Eixo 1 - Subeixo B “Redução de danos e atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas”, a 5ª CNSM orienta a promoção da reparação histórica da “população que historicamente sofreu as consequências da guerra às drogas, o que engloba egressos do sistema prisional e seus familiares” (52, 57, 71, 73, 134, 138, 407 e moção 01). Prevalece também a defesa do fortalecimento, ampliação e valorização da RAPS por via de financiamento dos equipamentos que têm como direção o cuidado territorial, em liberdade e pautado pela lógica da Redução de Danos.

No que diz respeito às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, é possível observar no conjunto de propostas a perspectiva de cuidado alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial e o posicionamento contrário ao financiamento de Comunidades Terapêuticas.

As referências às Comunidades Terapêuticas (CT) foram observadas em 43 propostas presentes nos 4 Eixos temáticos, mas predominaram no Eixo 1 e Eixo 2. Em ambos as propostas indicam o fortalecimento e investimentos na RAPS e o fechamento das CT, bem como de iniciativas semelhantes que apresentem estrutura e lógica manicomial, descritos como espaço de violências e violações de direitos humanos (3, 62, 160, 316, 422, 514).

No que tange ao financiamento público e desinstitucionalização, as propostas apontam para o desfinanciamento das Comunidades Terapêuticas bem como para qualquer instituição com característica asilar, e o redirecionamento de recursos para a ampliação de financiamento e fortalecimento da RAPS, com implantação de mais serviços de base territorial e comunitária que promovam o cuidado em liberdade em



consonância com a Lei Federal n.º 10.216/2011 (20, 28, 44, 165, 282, 284, 290, 295, 343, 507, e moção 31).

Além da pauta de financiamento, as propostas enfatizam a necessidade de revogar as normativas que consideram as CT como equipamento integrante da RAPS. Cabe destaque para as propostas que solicitam a extinção das CT, bem como do Departamento de Apoio às CT, por meio da revisão do artigo 14 do Decreto nº 11.392/2023 do Ministério do Desenvolvimento Social, de modo a promover o cuidado em liberdade e abolir práticas manicomiais em todas as esferas do governo (7, 41, 154, 207, 508, 510, 512, 514 e moção 15). Uma proposta indica vedar que as CT sejam consideradas campo de atividades pedagógicas, formativas e afins em todos os níveis de educação em saúde “por serem consideradas entidades que violam os direitos humanos fundamentais e que possuem abordagens contrárias à redução de danos e à Reforma Psiquiátrica” (62). A moção 42 apresenta posicionamento contrário ao projeto de lei municipal que versa sobre a internação compulsória de pessoas em situação de rua usuárias de álcool e outras drogas, considerando a gravidade e o preocupante precedente de violência contra a população, na contramão da Lei Federal nº 10.216 de 2001.

Quanto à temática da Redução de Danos (RD), o maior número de propostas consta no Eixo 1, totalizando 24 propostas, e destas, 18 estão no “Subeixo B”, nomeado como “Redução de danos e atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas” (45, 48, 49, 50, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 63, 64, 65, 66, 70, 71, 72, 74).

Estão presentes também propostas sobre esse tema no Eixo 1 - Subeixos A, C, e D, apontando para uma perspectiva de Redução de Danos associada à desinstitucionalização, tendo em vista que também se referem a uma orientação de que proceda o fechamento das portas de entrada de Hospitais Psiquiátricos, Hospitais de Custódia e Comunidades Terapêuticas, ao passo que defendem o fortalecimento e a instalação de novas Unidades de Acolhimento para Adultos (UAA) e Unidades de Acolhimento para Infância e Juventude (UAI) (79, 156, 166). Destaca-se um projeto técnico específico para funcionamento da UA, voltado para o acolhimento de pessoas em situação de rua e com uso problemático de álcool e outras drogas, orientando que sejam localizadas em “territórios que facilitem a inserção na comunidade com o máximo possível de segurança, com estratégias de ampla participação dos moradores na gestão das casas e nos vários dispositivos de participação comunitária e na rede de serviços” (279).

Localizam-se propostas também sobre a Redução de Danos no Eixo 2 (45, 51, 155, 156, 170, 207, 219, 237, 244, 259, 262, 263, 277, 289) e Eixo 3 (373, 380, 419, 425, 427, 432, 469, 483, 513, 515). No Eixo 3, a RD figura como estratégia de cuidado aliada à intersetorialidade e em uma perspectiva interseccional, nas quais as diferentes necessidades da população são compreendidas em sua complexidade e situações de vulnerabilidade social, bem como no que tange à garantia de direitos.



Diversas propostas apresentam o debate acerca do uso medicinal da Cannabis, apontando interfaces com políticas públicas já instituídas, como por exemplo as Práticas Integrativas e Complementares e Saúde (PICS), a Farmácia Viva, o uso de fitoterápicos, e autorização de dispensação de cannabis para uso medicinal (361, 408, 425, 445, 446, 482, 483 e moções 01 e 12), além da formação e capacitação profissional, levando em consideração a relação cultural e territorial (48, 54, 219, 425, 432, 483). O debate envolve ainda a criação de “estratégias e as bases culturais e legais para implantar no país a descriminalização definitiva da posse de pequenas quantidades de Cannabis e outras drogas de uso pessoal” e de “uma política formal de retirada da Cannabis do rol de drogas e entorpecentes da ANVISA” (483). Por fim, as propostas indicam a garantia de financiamento para “pesquisa em Saúde Mental e Cannabis” (536), com a participação remunerada de pessoas usuárias experts (53, 361), reconhecendo “o papel crucial do lazer e da recreação como uma dimensão [...] de pesquisa e cuidados em saúde” (408).

4. SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS: GARANTIA DE DIREITOS, PROTAGONISMO E INTERSETORIALIDADE

As propostas que contemplam crianças, adolescentes e jovens se concentraram no Eixo 1 - Subeixo C “Saúde mental na infância, adolescência e juventude: atenção integral e o direito à convivência familiar e comunitária”, totalizando 40 proposições, havendo outras distribuídas ao longo dos demais Eixos.

Algumas propostas se referem a diretrizes gerais e princípios organizadores da saúde mental na infância, adolescência e juventude. Dentre elas, pode-se identificar a referência fundamental ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o direito à convivência familiar e comunitária, a garantia de acesso ao cuidado para crianças e adolescentes com sofrimento mental e/ou uso de substâncias e a prioridade à atenção psicossocial infantojuvenil no planejamento e implantação de políticas, ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbitos municipal, estadual e nacional, alinhadas com as normas, princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial (86, 92, 93, 101, 113, 114, 118).

Ao lado disso, destaca-se a garantia da saúde integral e do cuidado intersetorial (abrangendo educação, habitação, assistência social, sistema de garantia de direitos, cultura, artes, música e esportes), a inclusão dos saberes populares e a lógica da promoção de saúde mental (82, 84, 85, 93, 94, 104, 108, 110, 114, 116, 117, 118, 119, 403). Por fim, é sublinhado o fortalecimento da RAPS, com destaque para o papel estratégico dos Centros de Atenção Psicossocial para crianças, adolescentes e jovens (CAPSi) e a necessidade de ampliação desses equipamentos em todo o país (10, 102, 113, 114, 118, 119, 313, 516, 556).



Nesse “Subeixo C”, também podem ser destacados os seguintes temas:

a) A promoção de saúde mental no ambiente escolar, o que reforça a relevância de políticas intra e intersetoriais, especialmente por meio da articulação com o Programa Saúde na Escola (PSE) (81, 83, 85, 90, 97, 107, 111, 112, 115, 117, 368, 468, 556). As propostas incluem “investir em ações conjuntas entre educação e saúde nas escolas e na formação dos professores sobre o tema da saúde mental” (86), “promover atividades de educação para crianças e adolescentes sobre diversidade sexual e de gênero, com linguagem apropriada ao nível de desenvolvimento, que incluam temas sobre saúde mental, relações abusivas, cuidados com o corpo, proteção contra a violência e abuso sexual, e respeito a diversidade corporal, de gênero e orientação sexual” (110) e a criação, por meio do PSE, de espaços permanentes de “formação de adolescentes e jovens a respeito da importância da promoção da saúde mental, transtorno de espectro autista e outras condições de saúde mental, nos espaços de adolescentes e jovens, utilizando as práticas paulofreirianas, elaboração de materiais utilizando as linguagens e artes que representam as juventudes e divulgando em diferentes meios de comunicação, sempre em uma perspectiva antimanicomial e cuidado e liberdade (95)”;

b) As propostas visando à população jovem LGBTQIAPN+, especialmente crianças e adolescentes transgênero e/ou com diversidade de gênero, enfatizam a interseccionalidade e a intersetorialidade, o acesso ao cuidado em todos os componentes da RAPS, o combate ao preconceito, bullying e violência, e ações de redução de danos e prevenção ao suicídio (10, 82, 84, 85, 87, 104, 106, 107, 108, 109, 110). Dentre este grupo de propostas, há a recomendação de que os CAPS forneçam “aconselhamento especializado e grupos de apoio, para garantir atenção à saúde mental de crianças e adolescentes trans, como forma de redução de danos e prevenção ao suicídio” (103) e a criação de “linha de cuidado, na perspectiva intersetorial e não patologizante, voltada às necessidades de crianças e adolescentes trans, definindo o papel e responsabilidades entre cada nível do sistema de saúde, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e outros equipamentos de saúde pertinentes” (105);

c) Foi salientada também a atenção às especificidades de outros grupos sociais, especialmente crianças e adolescentes negros, indígenas e deficientes (10, 84, 86). Isso abrange tanto a “criação de espaços de lazer, de inclusão, expressão, convivência e acolhimento para jovens, e que considerem as singularidades dos grupos sociais (negros, LGBTQIA+, indígenas, etc.)” (87), quanto a instituição de “Política Nacional de Saúde Integral das Juventudes, contemplando um eixo de atuação em torno da Saúde Mental, articulada de forma transversal às linhas de cuidado, que serão definidas, de modo a contemplar os diversos corpos, práticas, existências, implicações quanto ao local (território) de moradia, as questões de raça e etnia, as implicações de classe social, identidade de gênero e orientação sexual, deficiência, pessoas intersexo, assexuais, pansexuais e não binárias, população em restrição de liberdade, em situação de rua, de forma transversal” (82);

d) A pauta do autismo (TEA - Transtorno do Espectro Autista), embora abarque todo o ciclo da vida, acabou se concentrando mais neste “Subeixo C”; foi



ressaltada a defesa de direitos, o cuidado intra e intersetorial, a articulação com o PSE e “o direito a frequentar escola na modalidade regular, com adaptações necessárias às suas necessidades, segundo preconizado na política nacional de educação na perspectiva inclusiva” (101). O autismo, nessas diversas propostas, por vezes se associa à transgeneridade (180), à neurodiversidade e neurodivergência, ou à categoria de pessoas com deficiência (PCD) (10, 446). As propostas de serviços ou equipes especializadas em TEA foram minoritárias, e a maioria sublinha a necessidade de sustentar o cuidado das pessoas autistas na atenção psicossocial, com ênfase para a RAPS, especialmente os CAPS e a atenção básica (95, 102, 112, 115, 516, 549, 556). Nesse registro, nota-se a tendência de realizar o destaque ou distinção entre o autismo e outras condições, diagnósticos ou formas de sofrimento mental: “os diagnósticos em saúde mental, incluindo o de autismo (TEA - Transtorno do Espectro Autista), devem ser feitos de forma cuidadosa e ampliada, com fundamento na intersetorialidade, em equipe multiprofissional e com proposta de reabilitação continuada prevista em Projeto Terapêutico Singular, quando necessário, sempre na lógica da Atenção Psicossocial” (101);

e) A ampliação da atenção psicossocial às famílias e outros cuidadores das pessoas usuárias também foi indicada (93, 116, 368), incluindo o “atendimento, acompanhamento e acolhimento das famílias com orientações a respeito” da redução de danos em relação a “jovens sobreviventes do cárcere e egressos do sistema prisional” (96) e a “assistência em saúde mental específica para as famílias de crianças e adolescentes trans [...], com objetivo de reduzir o alto índice de expulsão, rejeição e violência familiar que vitimiza a população trans” (104);

f) O protagonismo de adolescentes e jovens foi valorizado, especialmente de pessoas moradoras de comunidades vulnerabilizadas, como elemento fundamental nas políticas de promoção de saúde mental e na participação em instâncias de controle social. Destacaram-se propostas de criação de “rodas de diálogo” (88), “Núcleos estaduais e municipais, coordenados por adolescentes e jovens, como meio de pensar a saúde mental deles e delas através das artes” (89), a “participação no controle social das Redes de adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS” (98) e a criação de “comissão eleita e composta por jovens usuários dos serviços de saúde mental - dentro dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde” (199);

g) O cuidado longitudinal em saúde mental na Atenção Básica em Saúde foi ressaltado, entendendo o nível primário como resolutivo e incluindo sua articulação intersetorial com as unidades da educação (105, 106, 111). Esse tema aparece em propostas como a de “Ampliar a capacidade de atenção integral à saúde da criança e dos/das adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde com espaço de acolhimento e escuta para adolescentes que se apresentem em sofrimento emocional ou em situação de abuso de álcool e drogas” (91);

h) As estratégias de desinstitucionalização para esse período da vida, em consonância com o ECA, articuladas ao cuidado em liberdade e à redução de danos (94, 96, 119), com destaque para as crianças vivendo em instituições e os jovens cumprindo medida socioeducativa e egressos do sistema prisional. Isso aparece de modo exemplar



na proposta de “Garantir o cumprimento de medidas socioeducativas de adolescentes e de acolhimento para crianças institucionalizadas (os) de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), incluindo as (os) egressas (os), assegurando o pleno atendimento à saúde mental no SUS público, estatal, gratuito, laico e de qualidade, conforme estabelecido na Lei 10.216/2001, implicando na inconstitucionalidade e ilegalidade da internação psiquiátrica compulsória de crianças e adolescentes, exigindo-se, portanto, a revisão das internações ilegais que violam diretamente os direitos humanos, e na imediata extinção das unidades criadas com esse propósito em algumas regiões do país” (92).

No caso das moções, 3 delas (07, 09 e 11) se referem aos Transtornos do Espectro do Autismo, sendo que as moções 09 e 11 demandam equipes para atendimento às pessoas com TEA, e a moção 07 requer ☐ Atendimento médico com urgência dos familiares ou cuidadores das pessoas com deficiência ☐ e priorização de atendimento e distribuição gratuita de medicações tanto a pessoas com deficiência quanto para seus familiares. As moções 09 e 11 também fazem referência aos cuidadores e à família, ressaltando a importância da saúde física e mental dos familiares e do seu acesso a cuidados, assim como de seus filhos e netos com TEA.

Duas moções (4 e 6) demandam políticas e atendimentos especializados de saúde mental para crianças e adolescentes transgêneros; a moção 05, sustentada na Constituição Federal, no ECA e em outras legislações, exige “prioridade absoluta na formulação e execução de políticas públicas sobre a saúde mental de crianças, adolescentes e jovens”, incluindo a “garantia de que haja de forma efetiva a presença de crianças, adolescentes e jovens, na condição de delegados em todos os espaços do controle social; [...] que nas conferências municipais, estaduais e nacional de saúde mental crianças, adolescentes e jovens tenham presença como delegados (as) e o “fortalecimento da RAPS, aumentando o número de CAPSij nos territórios”.

A moção 17 demanda a inclusão de equipe de saúde bucal às pessoas em situação de rua e na RAPS, e atenção especializada e hospitalar em saúde bucal para crianças, jovens e adultos com necessidades em saúde mental, enquanto a moção 45 reivindica a criação de projetos e espaços para valorização da cultura indígena entre adolescentes Caiuá e Guarani, demonstrando preocupação com o “aumento de casos de gravidez indesejada entre adolescentes, violência e sofrimento psíquico, incluindo casos de suicídio” – o que mostra que o tema da saúde mental indígena na infância e adolescência precisa ser integrado à RAPS de forma efetiva, associado às políticas específicas para os povos originários.



5. SAÚDE MENTAL DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E/OU EM CONFLITO COM A LEI, E DIVERSAS FORMAS DE VIOLÊNCIA E ENCARCERAMENTO DE POPULAÇÕES PERIFÉRICAS

A temática da saúde mental de pessoas em situação de privação de liberdade consta no Eixo 1 - Subeixo D ☐ Saúde mental no sistema prisional na luta contra a criminalização dos(as) sujeitos(as) e encarceramento das periferias ☐ (propostas de 120 até 132) e pode ser complementada pelas propostas do Eixo 1 - Subeixo E ☐ Diversas formas de violência, opressão e cuidado em Saúde Mental ☐.

Pode-se destacar, no conjunto de propostas, a implementação da Política Antimanicomial do Judiciário (Resolução CNJ nº 487/2023) e o fechamento imediato de todos os manicômios judiciais, o acesso ao cuidado no SUS, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para todas as pessoas em situação de privação de liberdade e em conflito com a lei, incluindo as equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), equipes multiprofissionais com o objetivo de garantir o acesso ao cuidado integral no SUS às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional (123). Há também a proposta de ☐ implantar equipe multiprofissional, com autonomia de atuação, para reabilitação psicossocial no Sistema Prisional, bem como fortalecer os Programas de Atenção Integral ao/a Louco/a Infrator/a (PAILI) e de Volta Para Casa (130) ☐.

Considera-se relevante, ainda, a promoção da integração entre saúde mental e Justiça, com vistas ao cuidado em liberdade sob uma perspectiva da redução de danos e prevenção do encarceramento em massa decorrente da aplicação da Lei Federal nº 11.343/06 (127).

As propostas indicam que a implantação da Política Antimanicomial do Judiciário tem como foco garantir a fiscalização e o fechamento definitivo dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) (5, 42, 123, 124, 125, 128, 129, 250). Trazem destaque para a necessidade de ☐ fortalecer mecanismos de prevenção e combate à tortura, com participação social, para fiscalizar centros de privação da liberdade em todas as instâncias governamentais, visando combater políticas repressivas, de privação da liberdade e de promoção do genocídio, assim como a mercantilização de espaços de privação de liberdade ☐ (9).

Além disso, as propostas defendem um cuidado intersetorial, multidisciplinar e articulado com a RAPS, a fim de assegurar avaliação em saúde para pessoas em situação de privação de liberdade antes da audiência de custódia, e monitorar o processo de desinstitucionalização (120, 121, 126, 127, 130). Destacou-se a necessidade de discussão e promoção de dispositivos legais e operacionais de novos protocolos, visando o tratamento de pessoas apenadas que estão em sofrimento mental (128), a fim de promover a efetiva integração entre saúde mental e justiça criminal (127).

As propostas apontam a necessidade de parcerias intersetoriais entre Justiça e outros setores para a definição de diretrizes e estratégias de reparação histórica, social,



econômica e cultural das pessoas encarceradas e de seus familiares e comunidades, em decorrência da necropolítica de guerra às drogas (52). Aponta-se, ainda, a necessidade de articular essas diretrizes e estratégias com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (5, 42, 124, 129).

Em relação aos grupos em situação de vulnerabilidade, incluindo mulheres cis, travestis, mulheres trans, homens trans, transmasculinos, pessoas não binárias e pessoas egressas dos manicômios judiciários (52, 125 e moção 47), as propostas apontam para garantia dos Direitos Humanos e do cuidado em liberdade no território, visando assegurar a reinserção social de sujeitos e o combate a todos e quaisquer tipos de preconceito, discriminação e opressão patriarcal (5, 42, 124, 129 e moção 47). Uma das propostas indicam a criação de um Programa de Saúde Mental e Seguridade Social para pessoas usuárias da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que compõem a população do sistema prisional e com perfil de vulnerabilidade social (131).

As propostas trazem a defesa da aplicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), garantindo direitos de adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas e egressos(as), e de crianças institucionalizadas, assegurando o pleno acesso aos cuidados em saúde mental no SUS. Isso implica o reconhecimento da inconstitucionalidade e ilegalidade da internação psiquiátrica compulsória de crianças e adolescentes, exigindo-se, portanto, a revisão das internações ilegais que violam diretamente os direitos humanos, e na imediata extinção das unidades criadas com esse propósito em algumas regiões do país (92). Também apontam para a necessidade de agregar saberes populares dos territórios enquanto estratégia de cuidado em liberdade nas políticas públicas de saúde que garantam a interseccionalidade, criando um fluxo específico de cuidado em redução de danos para crianças e adolescentes e ampliando essa estratégia de cuidado em todos os equipamentos de atenção psicossocial para os jovens sobreviventes do cárcere e egressos do sistema prisional (94, 96). Trazem destaque, também, para a defesa de implementação de um núcleo de capacitação permanente no cuidado à infância, adolescência e juventude, que atue de forma intersetorial, prevenindo situações de risco, vulnerabilidade e adoecimento psíquico, preservando a inserção na comunidade e permanência com a família, evitando Medida Socioeducativa e restrição de liberdade (119).

O Eixo 1 - Subeixo E Diversas formas de violência, opressão e cuidado em Saúde Mental (propostas de 133 até 146) aponta para a garantia de direitos tendo como objetivo o enfrentamento de violência de Estado e das diversas formas de violência presentes na sociedade. O relatório evoca a descriminalização do uso e dos usuários de substâncias psicoativas e a extinção de práticas de abuso de autoridade por parte de profissionais da segurança pública. Particular relevância é dada: (a) à garantia do direito à convivência familiar e comunitária; (b) à liberdade de mães e pessoas que gestam com diferentes formas de sofrimento mental, com deficiências, e aquelas que fazem uso de álcool e outras drogas; (c) à viabilização da guarda de seus filhos e o combate ao “sequestro de bebês pelo Estado, que define quem pode ou não cuidar dos filhos” com



base em perspectivas capacitistas, racistas, classistas e LGBTQIAPN+ fóbicas (137, 140, 144, 146).

6. PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DO SUICÍDIO

No Eixo 1 - Subeixo F □Prevenção e posvenção do suicídio e integralidade no cuidado□ constam três propostas que abordam: (a) □a efetivação, o fortalecimento e a promoção de ações de saúde mental na prevenção da automutilação e do suicídio□ e □a criação de Programa de prevenção e posvenção do suicídio com a participação da família□ (149) e a garantia de participação social de crianças e adolescentes na formulação e implementação de ações intersetoriais que abordem saúde mental (148); (b) o □cuidado de posvenção nas redes de atenção à saúde, de educação, e de assistência Social, incluindo ações junto à imprensa e segurança pública□ (149), incluindo a criação de plataforma digital para acesso de conteúdos sobre saúde mental (147);

Importante ressaltar que a temática de prevenção e posvenção do suicídio consta, também, em: 10 propostas integrantes do Eixo 1 (28, 36, 97, 103, 105, 107, 112, 115, 122, 143); em uma proposta do Eixo 2 (281); em 05 propostas do Eixo 3 (369, 427, 452, 460, 519); em uma proposta do Eixo 4 (612); e na moção 45.

No conjunto do relatório, as propostas abordam a referida temática no âmbito do fortalecimento da RAPS, em seus diferentes componentes e pontos de atenção, e da ampliação de serviços; particular atenção é dada ao campo do cuidado às infâncias e juventudes, diversidade de gênero e orientação sexual. A temática é citada nas propostas relativas ao enfrentamento da violência sofrida pelas mulheres em sua diversidade bem como na relação a diversos grupos populacionais: ao cuidado de povos indígenas, povos tradicionais de matrizes africanas, população negra, quilombolas, ribeirinha, da floresta, ciganos, em situação de rua, LGBTQIAPN+, infantojuvenil, com deficiência, em situação de privação de liberdade, refugiados, das pessoas vivendo com HIV/AIDS e demais populações e povos em situação de vulnerabilidade e/ou negligenciados (369, 427, 519). A conferência deliberou pela garantia de □redução de violações de direitos por meio da qualificação obrigatória de profissionais da APS e RAPS sobre as questões de gênero e sexualidade com o viés da interseccionalidade como parte das determinações sociais de saúde, e a compreensão do processo de adoecimento e sofrimento psíquico□, abrangendo situações de autolesão e suicídio (452).

As propostas indicam ainda a necessidade de □garantir e promover ações em saúde mental para a atenção integral à saúde, redução de danos, prevenção ao suicídio [...] e a reabilitação psicossocial□ (427, 519), □criando programas de acompanhamento e tratamento humanizados dentro das escolas [...] sendo imprescindível uma rede de apoio contínuo e inclusão das PICS e demais saberes tradicionais, como tratamento não farmacológico□ (369, 519). Destacase, ainda, um conjunto de propostas em relação à inclusão da temática no Programa Saúde na Escola (PSE) (112 e 115), assim como nos currículos escolares (97), e ainda na formação de pessoas trabalhadoras da RAPS (36, 107, 115, 452), redes intra e intersetoriais (28, 36, 97, 105, 112) e do sistema prisional



(122, 519). No Eixo 4, especificamente, é abordada a prevenção do suicídio pós-pandemia, com a proposta de □implementar equipe permanente para o cuidado da saúde mental dos(as) profissionais da saúde [...] da linha de frente□. (612)

De forma sintética, a moção 45 aborda a questão do enfrentamento às violências e da prevenção do suicídio entre os povos indígenas, e está contemplada também na síntese “Saúde mental para povos indígenas” e “Saúde mental de crianças, adolescentes e jovens: garantia de direitos, protagonismo e intersetorialidade”.

EIXO II GESTÃO, FINANCIAMENTO, FORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GARANTIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

7. GESTÃO E FINANCIAMENTO DA PNSMAD NO SUS PÚBLICO E UNIVERSAL

O Eixo 2 incluiu dois Subeixos mais diretamente ligados à temática do financiamento na política de saúde mental, álcool e outras drogas: o Eixo 2 - Subeixo A □Garantia de financiamento público para a manutenção e ampliação da política pública de saúde mental□ e o Eixo 2 -Subeixo F □Financiamento e responsabilidades nas três esferas de gestão [federal, estadual/distrital e municipal] na implementação da política de saúde mental□. Foi possível identificar a demanda por recursos públicos e financiamento em 7 moções (09, 10, 11, 15, 18, 29 e 31). No conjunto do relatório, emergem proposições que apontam a necessidade de implementação de ações, programas e projetos.

Especificamente, nos dois Subeixos citados, há um primeiro grupo de propostas reivindicando a garantia do financiamento para sustentar a ampliação da política e da rede pública de saúde e saúde mental, álcool e outras drogas como um todo, de modo abrangente, com destaque para o fim da privatização e da terceirização no campo da saúde (151, 170, 276, 278), que geram desfinanciamento, além de medidas tais como: garantia de 10% do orçamento bruto da União para a área da Saúde e de 5% do orçamento da Saúde para Saúde Mental (155, 161, 173); revogação das emendas constitucionais de controle de gastos públicos federais (162, 163, 168); garantia de recursos por meio de programas e orçamento específicos, e não por emendas parlamentares (152, 166); participação dos governos estaduais e municipais no financiamento da RAPS (283, 286, 287, 292, 293, 295, 297, 298, 301); reajuste nos valores dos repasses federais (167, 286, 292, 294, 295); ampliação da habilitação de novos serviços (164, 172, 285, 292) etc.

Em segundo lugar, há numerosas propostas voltadas para o aumento do financiamento de programas e serviços: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e Educação Popular em Saúde (157, 294); atenção básica; Programa de Trabalhadores de Suporte de Pares; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Unidades de Acolhimento (UA); Consultórios na Rua (CnaR); leitos de saúde mental



em Hospitais Gerais; transformação dos CAPS II em CAPS III municipais e regionais (consórcios regionais), com provisão de sedes próprias, infraestrutura, alimentação, assistência farmacêutica regular e meios adequados de transporte e equipes técnicas suficientes com formação e educação permanente, etc. (156, 159, 165, 166, 170, 171, 274, 279, 280, 283, 288, 289, 298, 299, 300). Foram abundantes, em todos os Eixos, as referências aos Centros de Convivência (CC), também com outras nomenclaturas, como centros de convivência e cultura e centros de convivência e cooperativa (CECCO) (156, 158, 165, 166, 170), e que aparecem relacionadas a projetos de geração de renda, economia solidária, fortalecimento de protagonismo de pessoas usuárias da RAPS e familiares, inclusão social, além de projetos artísticos e culturais (ver também as moções 29 e 33). Nesse segundo grupo podemos incluir também a garantia de financiamento para programas destinados a grupos específicos da população, como aqueles marcados pela interseccionalidade de gênero, LGBTQIAPN+, raça, classe social, infância e envelhecimento, povos e comunidades tradicionais, pessoas com deficiências etc. (160, 166, 275, 281, 286, 293). Há propostas também para as pessoas usuárias dos serviços, como os projetos de economia solidária, cultura e artes, grupos de apoio mútuo e Terapia Comunitária. No entanto, o maior volume de propostas se dirigiu para as pessoas em situação de rua e particularmente aquelas usuárias de substância psicoativas (150, 279, 291).

Este último destaque aponta para um terceiro grupo numeroso de propostas requerendo o fim do financiamento de serviços, programas e instituições repressivas e segregadoras, como os hospitais psiquiátricos, e com destaque para as chamadas Comunidades Terapêuticas (CT), reivindicando que os recursos sejam redirecionados para a rede de atenção psicossocial e para serviços baseados na lógica da redução de danos (154, 156, 160, 165, 277, 282, 283, 284, 289, 290, 295).

Uma quarta linha de propostas aponta para as normas de habilitação e custeio de serviços. A maior ênfase foi dada ao fim da exclusividade da utilização do critério populacional dos municípios e sua substituição por indicadores demográficos, epidemiológicos e sanitários, de determinantes sociais da saúde, de baixa concentração de serviços substitutivos e especificidades regionais, visando ampliar o rol de procedimentos da tabela unificada do SUS e garantir incentivo condizente com o custo real dos serviços e ações em condições diferenciadas (153, 166, 283, 286, 292, 296, 301) particularmente para o Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI) (166, 286). Outra direção de propostas reivindica a regulamentação e monitoramento do repasse de recursos fundo a fundo, com rubricas específicas e prestação de conta detalhada no Relatório Anual de Gestão (161, 292).



8. GESTÃO E TRABALHO NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (PNSMAD)

As diversas propostas que abordam as temáticas sobre gestão e trabalho estão, em sua maioria, nos Eixos 2 e 4, e destacam a necessidade de investir na valorização do trabalho no SUS, garantindo concursos públicos nas instâncias federais, estaduais e municipais, direitos trabalhistas, como férias e descanso remunerado, e planos de cargos e carreiras, tal como nas propostas 309, 320, 322, 330, 342, 346, 430, 586, 616, 617. A moção 40 enfatizou a importância dos Programas de Residência para qualificar a força de trabalho na RAPS.

Variadas propostas enfatizam a relevância do fim da privatização da saúde e do modelo de gestão terceirizada, da precarização das relações de trabalho e das violações de direitos trabalhistas, tal como nas propostas 309, 310, 322, 342, 557, 599, 601, 606, 609, 616, 617 e 618, além da moção 31.

Nesse contexto, cabe ressaltar a proposta 608, que propõe uma jornada de trabalho semanal de 30 horas, sem redução salarial, para as(os) trabalhadoras(es) da RAPS, demanda que surge também no âmbito dos Programas de Residências em Saúde, indicando-se a redução de carga horária, sem redução do valor da bolsa, tal como nas propostas 251 e 598. Além da redução da carga horária, houve destaque na moção 46 para a defesa da isonomia de piso salarial para auxiliares e técnicos de enfermagem.

A saúde do trabalhador foi tema recorrente, enfatizando-se a importância dos Centros de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST) e do combate às várias formas de assédio no ambiente e nas relações de trabalho, tal como nas propostas 251, 566, 568, 573, 574, 588, 590, 597, 607, 609, 610 e 611. Nesse âmbito, chama atenção a moção 37, que repudia a criminalização de trabalhadoras(es) que defendem o SUS e a Reforma Psiquiátrica nos diversos espaços.

Algumas propostas sinalizam a demanda de ampliação das equipes relacionadas ao cuidado em saúde mental, sendo que algumas defendem um investimento na diversificação da sua composição profissional, inclusive com profissionais do campo da arte e cultura, como nas propostas 17, 285, 289, 502, 544, 557 e 618, bem como a regulamentação de profissões, como cuidadoras(es) de saúde mental,icineiras (os), acompanhantes terapêuticas(os) e redutoras(es) de danos, como nas propostas 41, 79, 155, 302 e 310. A moção 18 enfatiza a implantação de um programa nacional permanente de suporte de pares.

Foram abundantes as referências à necessidade de investimento no dispositivo da supervisão clínico-institucional para as equipes da RAPS, por vezes nomeada de clínico-territorial, tal como nas propostas 79, 221, 230, 234, 262, 264, 289, 327, 589, 594 e 618.



Há, ainda, propostas que defendem a inclusão da participação nos espaços de controle social dentro da carga horária de trabalhadoras/es e residentes, dentre as quais as propostas 187 e 196. A democratização da gestão e o fortalecimento do controle social são associadas à ampliação da participação de pessoas usuárias e familiares da RAPS, com destaque à formação política e inclusão digital, como nas propostas 13, 18, 204, 617 e na moção 33, assim como a sinalização da potência de modelos de cogestão ou de gestão participativa, como indicado nas propostas 132, 234 e 279.

Foram aprovadas propostas que expressam a importância da garantia de recursos, nas três esferas de gestão, para formação profissional, por meio de educação permanente e educação continuada dos profissionais da RAPS, reforçando a importância de sua inclusão na carga horária do trabalho (exemplos: 259, 265, 266). Expressa-se uma tendência de destacar temas que abordem a centralidade das relações étnico-raciais brasileiras, tal como nas propostas 229 e 221, e das práticas na perspectiva da atenção psicossocial e do cuidado em liberdade, como na proposta 243. Em todo caso, o tema da formação encontra-se mais detalhado no item 8.

Enfatiza-se no âmbito da promoção do cuidado em saúde mental das populações indígenas, o financiamento de equipes de composição multidisciplinar, seja para ampliação da quantidade e/ou a diversificação de profissionais, como indicado, por exemplo, nas propostas 430 e 475.

Por fim, a moção 49 defendeu a aprovação do PL nº 3.022 de 2.020, que aborda a necessidade de remuneração pelo trabalho e o descanso semanal das pessoas, em sua maioria mulheres, que se responsabilizam pelo cuidado.

9. FORMAÇÃO E DIVERSAS FORMAS DE EDUCAÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DA RAPS

Para uma análise das propostas relativas ao amplo e complexo debate sobre formação e educação permanente de trabalhadoras(es) da Saúde Mental/Atenção Psicossocial, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: formação, educação permanente em saúde (EPS), educação continuada e capacitação. Um primeiro apontamento é que o tema da formação surge em propostas de todos os 4 Eixos, extrapolando o Eixo 2, que o contempla mais diretamente, apresentando-se, portanto, como um tema transversal.

Identificou-se um montante de 142 propostas que, de algum modo, remetem a processos formativos, o que pode ser compreendido como um indicador do significativo reconhecimento da força desta via para o fortalecimento da produção do cuidado no campo. Pelo número elevado de propostas e moções, esta temática contém a indicação de propostas avaliadas como mais importantes ou com uma formulação mais completa, e não um apontamento exaustivo de todas as propostas. O conjunto de propostas ressalta



a demanda de financiamento para variadas estratégias e arranjos, abrangendo segmentos diversos: gestoras(es) e trabalhadoras(es) de todos os âmbitos do SUS, com ênfase recorrente na atenção básica, pessoas usuárias e familiares, conselheiras(es) de saúde, além de agentes de outros setores das políticas públicas, como Segurança Pública, Educação, Assistência Social, dentre outros.

Muitas propostas reafirmam a relevância de uma formação que fortaleça a RAPS e o cuidado em liberdade, comunitário e territorial, baseando-se no respeito aos Direitos Humanos e no reconhecimento de marcadores sociais das diferenças, de saberes populares e dos movimentos sociais, para uma atuação sensível à articulação entre sofrimento psíquico e vulnerabilidade social e combativa aos diversos tipos de estigma e violências na produção do cuidado, âmbito em que o tema da atenção a situações de crise ganha relevo e se indica a necessidade de envolver profissionais de vários setores, em especial da Segurança Pública, como nas propostas 5, 15, 42, 268, 490 e 526.

Pela compreensão da formação como estratégia fundamental para o avanço no campo da saúde mental, na perspectiva da desinstitucionalização e do cuidado territorial, foi sinalizada a importância de mudanças nos cursos de graduação e pós-graduação em saúde, enfatizando-se sua legitimação a partir das diretrizes curriculares nacionais e por meio de projetos pedagógicos (179, 185). De modo geral, apontou-se a demanda de incorporação de conteúdos como reforma psiquiátrica, luta antimanicomial, atenção psicossocial, saúde mental no SUS e interseccionalidades, além do investimento na integração ensino-serviço-comunidade, valorizando-se a diversificação dos cenários de aprendizagem, em particular no SUS e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com garantia de recursos específicos, em que se destacou o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), como nas propostas 179, 185, 217, 232, 236, 238, 241, 251, 255 e 265. Neste contexto, observou-se referência recorrente às residências em saúde como uma ferramenta política a ser incrementada para o fortalecimento das RAPS substitutivas à lógica asilar, a exemplo das propostas 236, 238, 250, 255 e da moção 40.

Foi realçada a dimensão da formação política e multidimensional de pessoas usuárias e familiares, na perspectiva de fortalecimento de protagonismo para atuação em instâncias de controle social, inserção em processos de trabalho e utilização de tecnologias leves, como nas propostas 12, 14, 37 e 191 e na moção 33.

Outro destaque é o reconhecimento da força de ações intersetoriais, em particular entre Saúde e Educação, envolvendo professoras(es) escolares, com referência ao Programa de Saúde na Escola (PSE), para a criação de espaços de formação permanente em SM, como nas propostas 86, 95 e 115. Enfatiza-se, também, a demanda de envolver a sociedade em estratégias de educação e comunicação social sobre temáticas relativas à produção de sofrimento psíquico, para redução da estigmatização e violências cotidianas, incluindo a construção coletiva de um código de ética com princípios e diretrizes que orientem os profissionais e trabalhadores do



SUS□ para lidar com pessoas usuárias e familiares (dentre as quais, as propostas 15 e 232).

Para exemplificar a diversidade de arranjos de processos formativos, podem ser apontadas a supervisão clínico-institucional ou clínico territorial (propostas 79, 221, 230, 262, 264, 264, 289, 327, 589, 594, 617 e 618) e o apoio matricial de equipes, em que espaços de formação são vinculados a uma dimensão de valorização de trabalhadoras(es) e de fortalecimento de seu protagonismo (dentre as quais, as propostas 221, 230, 234 e 617).

Recorrentemente é indicada a necessidade de os processos formativos na RAPS considerarem temáticas como racismo, machismo/misoginia, capacitismo, diversidade de gênero e atenção a segmentos populacionais específicos - LGBTQIAPN+, população negra, quilombolas, indígenas, ribeirinhos, fronteiriços, imigrantes, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, profissionais do sexo, pessoas com deficiência, pessoas idosas, crianças e adolescentes transgêneros, pessoas neurodivergentes, em especial crianças e adolescentes, dentre outros - na relação com as diversas violências sofridas, incluindo a temática do direito ao aborto legal, como nas propostas 10, 208, 264, 428 e 435.

Outras propostas fazem menção à realização de oficinas voltadas à discussão sobre cidadania e direitos sociais e humanos, incluindo questões étnico-raciais, de diversidade de gênero/sexualidade e de classe social (dentre as quais, as propostas 18, 97, 192, 451, 472 e a moção 33), e à afirmação de saberes presentes nos territórios com vistas à mobilização do protagonismo dos movimentos sociais e sua participação no cuidado em liberdade (como nas propostas 94, 189 e 453).

O conjunto de propostas contempla uma preocupação com a necessidade de atenção a uma perspectiva intersetorial e não patologizante em ações formativas para o fortalecimento das RAPS substitutivas, sendo indicada a potência das Práticas Integrativas e Complementares (PICS), dentre as quais surge em destaque a Terapia Comunitária (moção 36), quanto da Educação Popular em Saúde (EdPOP-SUS), sendo interessante perceber que muitas vezes aparecem entrelaçadas (como nas propostas 157, 219, 231, 277, 380, 449, 464, 469, 483, 495, moções 10 e 36). Cabe um destaque à proposição de fomento a ações de educação popular em saúde sobre o Uso Racional de Medicamentos, com ênfase nos psicotrópicos (como na proposta 75) e a integração da educação/formação em redução de danos à Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) e às PICS (como na proposta 219).

Propostas defendem a estratégia de redução de danos, a incorporação de tecnologias territoriais de coletivos e movimentos sociais no cuidado a pessoas com problemas decorrentes de drogas e a valorização do protagonismo e expertise de pessoas usuárias em tratamento com *cannabis* em processos formativos, como nas propostas 48, 53, 58, 63, 263 e 536).



Destacou-se, ainda, a importância de uma formação sobre saúde mental da população indígena, numa perspectiva transcultural, integrando o SUS, para além da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) e do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), bem como da criação de um observatório de saúde mental indígena (9, 225 e 437).

Por fim, destacou-se a necessidade de qualificar e ampliar a infraestrutura necessária ao desenvolvimento de atividades de gestão na/da educação em saúde (254), além de investimento em inclusão digital para ampliação do acesso ao cuidado, com integração em um sistema nacional para toda a rede de saúde e adesão ao prontuário eletrônico do cidadão (PEC), em todos os pontos de atenção da RAPS, formando pessoas usuárias, familiares e trabalhadoras (272).

10. PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS E NA RAPS

Nessa temática, tivemos um maior número de propostas concentradas no Eixo 2 - Subeixo C □Controle social e participação social na formulação e na avaliação da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas□ já previsto no temário original da 5ª CNSM, com as propostas aprovadas e numeradas entre 187 e 216, mas há várias propostas ao longo de todo o relatório e também em algumas moções, que serão indicadas a seguir. Para uma visão mais completa e detalhada sobre controle social e princípios gerais e dispositivos estimuladores dos direitos e participação das pessoas usuárias e familiares, recomendamos a leitura do texto específico de síntese intitulado *Cidadania, direitos humanos, participação e protagonismo de pessoas usuárias e familiares*.

Seguindo a diretriz geral para os textos de síntese, apresentaremos em primeiro lugar as linhas e princípios gerais aprovados como diretrizes para o exercício da participação e controle social no SUS e na RAPS, para em seguida indicar propostas mais específicas. Como linhas mais gerais, temos:

- a) Garantir que □as políticas públicas de saúde mental sejam pensadas, postas em pautas, formuladas, implementadas e avaliadas com ampla participação do ponto de vista dos usuários da RAPS e objetivando a necessária emancipação política e psicossocial das pessoas em processo de sofrimento psíquico□, de forma transversal e plural (194, 195, 197);
- b) Garantir conferências municipais, estaduais e federal a cada 4 anos (215);
- c) Garantir, como formas de promover a participação e controle social, a reversão dos processos de desfinanciamento do SUS, com o fim das terceirizações e demais processos de privatização da saúde; a implementação do financiamento tripartite e a ampliação de custeio dos componentes da RAPS; a transparência dos gastos em saúde mental e investir nas condições de trabalho dos trabalhadores do SUS e da RAPS, com concursos e plano de carreiras, dedicação exclusiva e remuneração



condizente/adequada; e a ampliação dos canais de comunicação quanto aos contratos de gestão celebrados para os trabalhadores (98, 196, 214, 216, 283, 322, 616 e 617);

d) Promover processos de metodologias de gestão democráticos e de educação popular em saúde, garantindo espaços de fala e escuta qualificada em todos os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial e do controle social, além da divulgação clara dos direitos das pessoas usuárias nos serviços (18, 192, 197, 202 e moção 33);

e) Promover variados dispositivos de educação permanente, formas de comunicação adequadas e de formação política de base dos usuários da RAPS (dentro e fora da RAPS) objetivando a democratização do acesso à informação, a conscientização e organização política e a participação popular qualificada, direta e efetiva de pessoas em processo de sofrimento psíquico, e de parcerias que garantam o custeio de transporte e alimentação (191, 202, 203, 206, 216, 232 e moção 33);

f) Garantir às pessoas usuárias e familiares da atenção psicossocial o direito a voz e voto nas assembleias, oficinas, palestras, exposições de arte e cultura, feiras de economia solidária e atos públicos da RAPS e nos cursos, oficinas, palestras, e demais eventos na rede (191, 193, 232);

g) Promover na RAPS e nos dispositivos de participação e controle social práticas humanizadas, garantindo qualidade, acessibilidade e dignidade, e combate de forma integrada com as respectivas entidades e movimentos sociais pertinentes, de todas as formas de discriminação racial, étnica, de origem social e geográfica, de gênero, de preferências sexuais, de idade e geração nos serviços de atenção psicossocial, incluindo códigos de ética para trabalhadores e garantia de funcionamento pleno da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (193, 195, 232, 268, 333 e moção 15);

h) Promover parcerias com instituições, entidades, movimentos sociais da sociedade civil e na RAPS, bem como nos conselhos de saúde, nas defensorias e ministérios públicos em defesa da redução de estigma, da despatologização da vida e da emancipação das pessoas em situação de vulnerabilidade psicossocial (191, 206);

i) Implementar a dimensão intersetorial da participação e do controle social, mobilizando também atores e setores de outras políticas sociais (63, 148, 206, 268);

j) Implementar e fortalecer dispositivos estimuladores e garantidores da participação e controle social, tais como: Conselhos Gestores de serviços da RAPS; Centros de Convivência (CECO); fóruns municipais intersetoriais; oficinas de cidadania e direitos sociais e humanos; inclusão digital e condições equitativas de acesso para as pessoas usuárias e familiares; associações e coletivos presididos pelas pessoas usuárias da RAPS; observatórios e ouvidorias; programas de contratação de trabalhadores de suporte de pares (63, 192, 194, 195, 196, 200, 203, 206, 216, 232, 283 e moções 29 e 33). Para uma visão mais detalhada desses dispositivos para pessoas usuárias e familiares, ver texto de síntese intitulado *Cidadania, direitos humanos, participação e protagonismo de pessoas usuárias e familiares*

k) Garantia aos trabalhadores da RAPS do direito à capacitação específica e à participação nos dispositivos de controle social da RAPS, sem perda de dias trabalhados e com declaração de participação (196, 215).



Quanto a temas e iniciativas mais específicas, foram aprovadas as seguintes propostas e moções:

- a) Estimular por meio de vários dispositivos a capacitação, participação e o controle social de grupos sociais e atores específicos do campo da saúde mental, álcool e outras drogas: crianças, adolescentes e jovens, incluindo aqueles vivendo com HIV/AIDS e com deficiências (148, 198 e moção 05); cuidadoras(es) de pessoas usuárias (196); representantes de povos e comunidades tradicionais (198); residentes em saúde mental (187, 209 e 585); e trabalhadores da RAPS (196, 215 e 260);
- b) Criar um comitê interministerial ou grupo de trabalho, com participação de 50% de representantes de associações, coletivos e movimentos sociais de pessoas usuárias e familiares (12)
- c) Anular exigências específicas de vários conselhos municipais e estaduais de saúde do país, para que associações e coletivos de pessoas usuárias e familiares só possam participar destes conselhos mediante registro formal em cartório e apresentação de CNPJ (202);
- d) Instituir uma Comissão Permanente Intersetorial para Avaliação, Revisão e Aperfeiçoamento das Políticas de Drogas, para assegurar o protagonismo das pessoas que usam substâncias psicoativas na elaboração de políticas públicas (197);
- e) Recompôr a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS) contemplando a sua representação interministerial (209).

EIXO III - POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OS PRINCÍPIOS DO SUS: UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE

11. INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE NA RAPS SUBSTITUTIVA À LÓGICA MANICOMIAL

O Eixo 3 contempla os princípios do SUS □ Universalidade, Integralidade e Equidade, que permeiam todo o relatório, sendo que nos Subeixos cada um dos princípios foi tematizado com aspectos importantes e estruturantes da RAPS e que estão presentes nas propostas aprovadas. Na síntese de propostas que abordam o princípio da universalidade estão contempladas as questões relativas à atenção básica e seus serviços e modos de funcionamento, refletindo o tema do Eixo 3 - Subeixo C □ Garantia do acesso universal em saúde mental, atenção primária e promoção da saúde, e práticas clínicas no território□.

No caso da integralidade, várias das propostas do Eixo 3 - Subeixo A □ Intersetorialidade e integralidade do cuidado individual e coletivo da Política de Saúde Mental□, foram também abordadas em outros itens de síntese deste relatório. Pode-se destacar aquelas que apontam para garantir recursos para a construção de uma política de base territorial e comunitária, a fim de fortalecer a atenção integral à saúde da população, a garantir direitos sociais e o cuidado em liberdade, bem como o



fortalecimento da articulação intersetorial de políticas, como assistência, habitação, educação, cultura, esporte, trabalho, justiça, segurança, dentre outras (362, 373, 401, 398, 367).

A articulação permanente com o SUAS aparece em várias propostas como fundamental para a atenção integral às pessoas usuárias dos serviços da RAPS e seus familiares, sobretudo para aqueles que estejam em estado de vulnerabilidade social (374, 399). A garantia de acesso à moradia também surge como fator importante para o cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico e vulnerabilidade social (388).

A garantia de proteção e cuidado integral a crianças, adolescentes e jovens passa pela potencialização do sistema de garantia de direitos e é evocada como prioridade absoluta na formulação e execução de políticas públicas, com a ampliação da RAPS e do número de CAPSij nos territórios, o fortalecimento das redes de ensino, e a garantia de participação de crianças, adolescentes e jovens em todos os espaços do controle social, inclusive na condição de pessoa delegada. Adicionalmente, é evidenciado o estímulo a projetos artísticos e culturais e oficinas de geração de renda, além do fomento de centros de referência para atendimento da juventude, articulados à rede de atenção básica (AB), aos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e aos CAPS (392, 403 e moção 05).

As propostas trouxeram também uma defesa da ampliação do acesso aos diferentes meios de transporte por meio de gratuidade e passe livre ilimitado para pessoas usuárias, familiares, acompanhantes de pessoas menores de 18 anos e/ou com dificuldade de locomoção, em âmbito municipal, intermunicipal, interestadual (279 e 365). Apontou-se uma defesa da facilitação de acesso a serviços de saúde e demais serviços públicos, e outros serviços e atividades nas cidades, tendo em vista que podem contribuir para o cuidado e processo de reabilitação psicossocial. Essa ideia se estendeu também para estudantes de Programas de Residência em Saúde. Houve destaque no sentido de que a vulnerabilidade social também seja admitida como critério para obtenção do passe livre, e que a avaliação para concessão seja realizada por equipe multiprofissional, conforme previsto na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e na Lei Brasileira de Inclusão - Lei federal nº 13.146/2015 (365, 386, 379, 397).

A integralidade e a intersetorialidade também contemplam a garantia de direitos e o protagonismo dos usuários de forma mais ampla, no contexto da seguridade social, incluindo aposentadorias, Benefício de Prestação Continuada (BPC/Loas) - para pessoas usuárias de serviços de saúde mental - e outras políticas sociais de renda para pessoas que estejam em sofrimento psíquico e/ou em situação de vulnerabilidade social. Cabe ressaltar que as propostas trouxeram a defesa da manutenção de aposentadoria e BPC/Loas assegurados para pessoas usuárias, mesmo que elas estejam sendo reinseridas no mercado de trabalho (379, 394, 404).



Para o campo da educação, é colocada a importância do investimento num maior preparo do setor para o acolhimento aos estudantes e de suas necessidades de cuidado em saúde mental e encaminhamento para rede de saúde nas situações de crise. Outra ideia é o programa de apoio estudantil que envolve a previsão de auxílio financeiro, como bolsas de estudo, alimentação subsidiada e moradia estudantil (363, 367, 370, 382, 383, 384, 389, 390).

12. UNIVERSALIDADE, ATENÇÃO BÁSICA E A RAPS SUBSTITUTIVA À LÓGICA MANICOMIAL

Nas propostas relativas à atenção básica (AB) e garantia de acesso à saúde, destacou-se a recorrente menção aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados em 2008, depois transformados em Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Mais recentemente, o NASF foi substituído pelas Equipes Multiprofissionais (eMulti), no contexto de redimensionamento da AB.

As referências ao NASF surgem em propostas de todos os quatro Eixos, mas predominam no Eixo 3, em que aparece expressamente a indicação de retorno do dispositivo, com financiamento federal (495 e 496). As propostas, em geral, não apresentam um debate mais aprofundado dos modelos em disputa no âmbito da AB, havendo inclusive utilização de termos como NASF e eMulti, de modo pouco discriminado.

Importa considerar o tempo alongado em que se desenvolveram as etapas do processo da conferência da 5ª CNSM, suficiente para vários acontecimentos, inclusive a publicação da Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, que estabelece as diretrizes para custeio e implantação das eMulti.

De qualquer sorte, é notória - em mais de 70 propostas distribuídas nos 4 Eixos e em 6 moções (08, 10, 11, 13, 34, 40) - a valorização e demanda de financiamento de equipes de composição multiprofissional/multidisciplinar seja para ampliação da quantidade quanto a diversificação de profissionais, no âmbito da AB, ressaltando-se a demanda de formação para atuação com temáticas ou segmentos populacionais específicos (mulheres idosas; pessoas em situação de rua; pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPA); população LGBTQIAPN+, com destaque a adolescentes trans, cis, travestis, mulheres trans e pessoas não binárias; pessoas com deficiência; população negra, privados de liberdade, povos tradicionais ribeirinhos, caiçaras, quilombolas e indígenas. etc., a partir de lentes da interseccionalidade.

Contudo, foi possível perceber, em algumas propostas, indicações que parecem remeter à composição de equipe multidisciplinar especializada na AB, no estilo ambulatorial, para populações específicas, especialmente na relação com os Transtornos do Espectro Autista e/ou terapia canábica (445 e 446).



Em termos de investimento em pontos de atenção no componente da AB, foram abundantes, em todos os Eixos, as referências aos Centros de Convivência (CECO), que aparecem também com outras nomenclaturas, como centros de convivência e cultura e centros de convivência e cooperativa (CECCO) (20, 21, 22, 24, 36, 41, 44, 158, 289, 459, 466, 529, 544, 556 e moções 29 e 33). Ou então, aparecem sem uma nomenclatura específica, mas dando a compreender a natureza deste serviço. Os CECO foram associados a projetos de geração de renda, economia solidária ou cooperativas (20, 22, 44, 459, 529 e moção 29), fortalecimento de protagonismo de pessoas usuárias da RAPS e familiares, inclusão social, além de projetos artísticos e culturais (466 e moção 29).

O CnaR também figura nas propostas que enfatizam o financiamento, consolidação e ampliação dos serviços de atenção psicossocial de base territorial e comunitária (21, 79, 216, 283, 515, 544, 556, 586 e moção 02). O CnaR é associado ao tratamento em liberdade, antimanicomial e antiproibicionista, orientado pela lógica de redução de danos e pela garantia de direitos (41, 47, 79, 364). Algumas propostas versam sobre a qualificação do cuidado e indicam a necessidade de □trabalhadores com trajetória de rua nas equipes□ (586) e a implantação de □equipes multiprofissionais de apoio matricial às equipes de Consultório na e de Rua, que desenvolvam o trabalho in loco e de forma itinerante realizando, inclusive, atenção em crise e urgência e emergência em saúde mental□ (461).

Cabe destaque à aprovação de propostas que defendem a ampliação das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) (453 e 493 e moção 10), a utilização terapêutica da cannabis sativa (53, 445 e 446) no âmbito da APS/AB e a garantia de recursos para contratação de eAPP, equipes multiprofissionais com objetivo de garantir o acesso ao cuidado integral no SUS às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.

Na relação com ampliação do acesso, cabe a menção a propostas que defendem serviços itinerantes para zonas rurais e áreas de difícil acesso, como a criação de dispositivo do cuidado em saúde mental tipo CAPS para a “modalidade Itinerante/Fluvial” (486).



13. SAÚDE MENTAL, EQUIDADE, DIVERSIDADE, INTERSECCIONALIDADE E AS POPULAÇÕES ESPECÍFICAS, TRADICIONAIS E/OU EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

No Eixo 3 - Subeixo B “Equidade, diversidade e interseccionalidade na política de saúde mental”, foi dado enfoque na reforma psiquiátrica, na luta antimanicomial, na desinstitucionalização e oferta de cuidado face a “diversas formas de violência como racismo, homofobia, feminicídio, machismo, violência policial e institucional”. Muitas propostas apontam para o fortalecimento de iniciativas educacionais sobre diversidade de etnias, gêneros e sexualidades, classes sociais, vulnerabilidades sociais, regionalidades e as formas históricas e institucionalizadas de discriminação e preconceito (255, 268, 433, 495, 598, moção 34).

O princípio da equidade é abordado juntamente com os princípios da universalidade e da integralidade em propostas sobre a garantia do acesso à saúde, de forma abrangente e equitativa para as populações em suas comunidades. Além disso, apontam para a defesa e a qualificação do cuidado em saúde mental em liberdade, o atendimento humanizado e a democratização de informações sobre direitos das pessoas usuárias na RAPS, bem como para a implementação de estratégias de redução de danos face ao uso abusivo de álcool e outras drogas (303, 311, 432).

O princípio da equidade do SUS é também evocado pela 5ª CNSM, sendo traduzido como a ampliação da visibilidade e do respeito às especificidades de povos indígenas, povos tradicionais do campo, das florestas, quilombolas, kalungas, povos de terreiro, população cigana, ribeirinha, caiçara, da pesca. Outros grupos são descritos no conjunto do relatório: população negra, pessoas com deficiência, população em situação de rua, imigrantes, pessoas atingidas por barragens/ desastres, mulheres, mulheres, mulheres cisgênero, homens cisgênero, travestis, LGBTQIAPN+, lésbicas, gays, bissexuais, mulheres trans, homens trans, transmasculinos, crianças e adolescentes trans, pessoas “queer”, intersexo, assexuais, pansexuais, não binárias, desempregadas/os, profissionais do sexo, adolescentes em conflito com a lei, adolescentes no sistema socioeducativo, pessoas em conflito com a lei, pessoas em situação de privação de liberdade ou egressas do sistema carcerário, mulheres e crianças vítimas de violência, pessoas que gestam, puérperas com sinais de depressão pós-parto, mães cujos filhos foram vítima de violência do Estado, usuárias e usuários de drogas em cenas de uso, pessoas egressas de Hospital Psiquiátrico, de Hospital de Custódia e de Tratamento, pessoas usuárias e familiares da RAPS.

É necessário destacar que alguns grupos populacionais sobre os quais as propostas trazem questões mais delimitadas foram abordados em itens próprios do relatório: saúde mental de povos indígenas; saúde mental e população em situação de rua; saúde mental e população migrante; saúde mental e população negra; saúde mental, gênero e população LGBTQIAPN+.



14. SAÚDE MENTAL DE POVOS INDÍGENAS

A luta pela terra é trazida pela conferência como Eixo central da luta por saúde mental, saúde como um todo e bem viver, junto com as palavras de ordem: "Saúde, Terra e Vida!"; "Demarcação e autodemarcação já!"; "Pelo direito dos povos à autodeterminação e autodeclaração"; "Não ao Marco Temporal!" As propostas indicam a ampliação do recenseamento e coleta de dados sobre a saúde mental de pessoas indígenas, com respeito à autodeterminação, autodeclaração, incluindo indígenas não aldeados ou em contexto urbano e a criação do Observatório de Saúde Mental Indígena (306, 423, 424, 437, 439, 474).

A valorização da cultura indígena e dos saberes tradicionais e ancestrais, as especificidades de cada povo e o bem-viver são colocadas em destaque (49, 54, 366). Dentre as propostas figura a construção e a manutenção das casas de reza, organizadas de forma *interterritorial*, mantendo as comunidades indígenas como as norteadoras e condutoras das práticas (430 e moção 45).

A moção 45 pode ser considerada representativa de situações análogas em todo o país e aborda a necessidade de recursos financeiros e apoio governamental para construção de uma casa de reza na aldeia Bororó e a criação de um projeto focado na valorização da cultura indígena entre adolescentes dos povos Caiuá e Guarani. A motivação é o aumento de problemas sociais na comunidade, como o uso de drogas, impulsionado pela presença de jovens e adultos não indígenas que interferem na cultura por meio da promoção de festas e do estímulo a comportamentos prejudiciais, não relacionados à cultura indígena, associados ao aumento de casos de gravidez indesejada entre adolescentes, violência e sofrimento psíquico, incluindo casos de suicídio. O projeto incluiria oficinas de artesanato, como confecção de cocares e flechas, tendo em vista resgatar e fortalecer a cultura indígena.

A perspectiva de redução de danos consta em propostas relacionadas ao respeito à concepção de cada povo ou comunidade sobre o que é o uso “danoso” de substâncias e o contexto de seus usos. As propostas indicam ações de promoção da saúde mental e bem viver associadas a práticas corporais e esportivas (tora, peteca, etnofutebol etc.) e interação geracional frente às mudanças socioculturais e conjunturais (49, 54, 358, 405, 432).

Dentre as propostas aprovadas há um posicionamento contrário à criminalização de ervas e plantas utilizadas pelos povos indígenas em contextos medicinal, ritualístico e culturais; e contrário à predominância do modelo biomédico e hospitalocêntrico nas comunidades indígenas e nas práticas de saúde mental. Por outro lado, identifica-se também a ideia de integração da medicina tradicional indígena no SUS, por meio das PICS ou para além delas (410, 450, 477).

Com relação à implementação da política, as propostas defendem também: (a) a autonomia e liberdade para que os povos indígenas exerçam sua medicina,



espiritualidade e demais práticas de saúde e bem viver; (b) estruturação de serviços a partir das singularidades de cada povo; (c) contratação formal e reconhecimento do protagonismo indígena; (d) implantação de equipe da saúde indígena completa, inclusive a de Atenção Psicossocial/Saúde Mental para comunidades aldeadas e não aldeadas ou que vivem em aldeias dentro das cidades; (e) estabelecer no planejamento da RAPS a previsão de “equipes itinerantes” ou “equipes volantes”, para realizar atividades conjuntas com as equipes de saúde indígena no território; (f) priorizar a contratação de indígenas por meio de concurso público, tendo a interculturalidade como princípio e os(as) cuidadores(as) tradicionais como protagonistas (359, 366, 406, 430, 441, 474, 477).

As propostas indicam ainda a formulação de processos de formação e capacitação voltados ao manejo do cuidado em saúde mental para os povos indígenas em todo o SUS, não restritos à Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) e ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), considerando-se as sabedorias e tecnologias ancestrais da medicina da floresta, além de incluir profissionais de saúde indígenas, reconhecer líderes comunitários como agentes de saúde, e prever políticas de acesso e permanência como cotas, bolsas e auxílios (175, 225, 226, 227, 248, 393, 423, 439).

15. SAÚDE MENTAL E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Dentre as propostas que evocam mais diretamente a população em situação de rua, prevalece a defesa de políticas públicas intersetoriais, visando a garantia de integralidade do cuidado, com destaque para a realização de um censo intersetorial, e a criação de um Plano Interministerial, possibilitando a garantia de direitos constitucionais para essa população (373, 374, 375, 388, 396, 399, 419, 428, 431, 534).

No que tange à questão da moradia e habitação e à relação com o cuidado a essa população, 25 propostas apontam a defesa de políticas públicas intersetoriais, com destaque para programas de moradia social integrados à PNSMAD, considerando a especificidade e vulnerabilidade dessa população.

Além disso, foi possível perceber propostas que defendem programas com foco em redução de danos, a criação e ampliação de equipes de CnaR em todo o país, com financiamento das 3 esferas de gestão, bem como o fortalecimento de ações de matriciamento, visando a articulação de uma rede intersetorial permanente. Há também a ênfase no cuidado em rede de saúde com a construção de “protocolos [...] para o acesso, atendimento e acompanhamento para a pessoa em situação de rua na Atenção Primária e Secundária” (21), e com o estreitamento de “relação entre hospitais, CAPS e os CnaR como forma de garantir uma continuidade do acompanhamento da pessoa em situação de rua” (4).



Outras propostas indicam a formação de conselhos gestores para a garantia de qualidade do cuidado e da participação de pessoas usuárias em situação de rua (190 e 431).

16. SAÚDE MENTAL E POPULAÇÕES MIGRANTES, REFUGIADAS E APÁTRIDAS

As propostas aprovadas indicam o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental pautada pelo “cuidado em saúde mental orientado nas perspectivas antimanicomiais e de justiça social” (436) e voltadas para populações específicas incluindo-se as populações migrantes, refugiadas e apátridas, valorizando seus próprios saberes e considerando as diferenças e as especificidades culturais de cada grupo ou comunidade (54, 519). Enfatizam a importância de promover políticas de saúde mental em regiões de fronteiras (484), respeitando-se as etnias e culturas locais, e incluindo educação permanente para os trabalhadores de todos os níveis de atenção à saúde, nas temáticas sociais, culturais e étnicas de cada território (228, 264).

Há proposições sobre a integração de serviços do Sistema Único de Assistência Social às políticas de Saúde Mental, a fim de acolher e acompanhar as populações migrantes em situação de vulnerabilização social, garantindo o acesso aos cuidados em saúde mental de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica antimanicomial, assegurando a desinstitucionalização, a inclusão e a proteção social, em diálogo constante com as políticas intersetoriais (374, 375, 435).

17. SAÚDE MENTAL E POPULAÇÃO NEGRA

O racismo estrutural é determinante na produção de sofrimento contínuo e permanente, fonte de sofrimento psíquico da população negra, e é colocado como ponto central para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde (1, 2, 4, 5, 10, 63, 73, 77, 134, 195, 229, 409, 414, 415, 457, 534, 558).

As propostas apresentam como norte para implementação da PNSMAD e da Política Nacional da Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a ênfase no respeito aos direitos humanos, considerando a diversidade de gênero, questões étnico-raciais, os fatores socioeconômicos e culturais que afetam a integridade física e psicológica, individual e coletiva da população negra, e as referências históricas seculares de sua escravização - que ainda gera desigualdades e desfavorece o acesso a direitos (2, 10, 229, 415).

As propostas apontam a necessidade de: reduzir as desigualdades étnico-raciais, combatendo o racismo estrutural e todo tipo de preconceito e discriminação; incluir em outras políticas públicas a questão da saúde mental da população negra, destacando



grupos mais vulnerabilizados como as comunidades quilombolas, mulheres negras, população em situação de rua, crianças e adolescentes; e promover ações interdisciplinares e/ou multidisciplinares a fim de qualificar os serviços de saúde mental para práticas humanizadas e antirracistas (4, 5, 409, 457, 534, 558, 559). No que tange ao cuidado, ganharam destaque: (a) o protagonismo da população negra e valorização das tradições de matriz africana como tecnologias de saúde mental promotoras de saúde e cuidado complementar do Sistema Único de Saúde (3, 229, 415, 534); (b) a estratégia da redução de danos como orientadora de ações e políticas voltadas às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas e o tratamento em liberdade nos serviços substitutivos da atenção psicossocial e demais políticas públicas, ampliando os CnaR e as Unidades de Acolhimentos adulto e infantojuvenil, Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS AD) (73, 77).

As propostas afirmam a necessidade de propiciar amplo debate sobre legalização e regulamentação de drogas, uma vez que a criminalização do uso e o proibicionismo característicos do fenômeno da “guerra às drogas” produzem o genocídio e encarceramento da população negra - sobretudo jovens, pobres, negros, periféricos - e o sofrimento de mães cujos filhos são vítimas de homicídio e outras violências de Estado (63, 73, 77, 134).

A conferência deliberou em favor da garantia do cumprimento da Portaria nº 344 de 2017 do Ministério da Saúde que torna obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas informacionais do SUS - respeitando o critério de autodeclaração do usuário de saúde – visando a promoção da equidade em saúde e a implementação de mecanismos para monitoramento das informações com o objetivo de subsidiar estratégias para enfrentamento do racismo na saúde (2, 229, 414, 415, 558).

A população negra é mencionada em propostas de todos os Eixos do relatório.

18. SAÚDE MENTAL, GÊNERO E POPULAÇÃO LGBTQIAPN+

Os debates sobre gênero aparecem em todo o relatório, associados à população LGBTQIAPN+ (10, 143, 144, 160, 229, 256, 333, 407, 433, 452, 505, dentre outras propostas e moções 04, 06 e 47), incluindo mais especificamente travestis (143, 333, 409, 419), pessoas trans (107, 108, 109, 143, 220, 229, 247, 333, 395, 409, 419, 479, e moções 04, 06 e 47), e diversas mulheridades (134, 143, 229, 333, 419, 521).

Ganham destaque o fortalecimento da RAPS, a premissa antimanicomial, o cuidado em liberdade e a ampliação dos debates sobre “a norma e os estigmas sobre os corpos das mulheres diversas, mulheres cis, travestis, mulheres trans, e pessoas não



binárias, buscando desmedicalizar e despatologizar o cuidado em saúde” (418). A moção 47 traz o apelo para que a pluralidade das existências e corpos seja considerada, de modo que pessoas trans, trasmasculinos (incluindo não binários) tenham visibilidade.

Associadas a estas ideias estão as propostas de: (a) “garantir a utilização dos campos de orientação sexual [...] deficiência; identificação étnico-racial e nome social em todos os sistemas de registro existentes nos serviços de saúde” (333), o respeito “à identidade de gênero e nome autodeclarado” (moção 47) e a oferta de cuidado com dignidade e acolhimento (333) em contraste com o desrespeito e a violências institucionais; (b) assegurar o direito às maternidades/ parentalidades a todas as pessoas que gestam, bem como proteção jurídica e assistência integral, visando combater a violência institucional relacionada às disputas de guarda de crianças (144, 407 e moção 47); (c) promover o banimento de termos discriminatórios e patologizantes como “síndrome/atos de alienação parental”; (d) garantir o acesso à RAPS para pessoas em conflito com a lei ou egressas do sistema carcerário; (e) excluir do conjunto de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) a Constelação Familiar, considerando os danos que podem causar à saúde mental das pessoas envolvidas, especialmente as mulheres, crianças, adolescentes e pessoas LGBTQIA+, de acordo com a Nota Técnica CFP nº1/2023 (129, 144, 371, 407, 418, 440). As propostas citam também questões como a desigualdade geracional que atinge a juventude, especialmente as mães (pobres e negras), e as mulheres idosas - cis, travestis, mulheres trans e pessoas não binárias (372, 521).

A conferência elencou propostas referentes à atenção integral à população LGBTQIAPN+ como: a criação de centros de acolhimento acessíveis e inclusivos para o cuidado a essa população em situação de violências e vulnerabilidade, com equipe multidisciplinar qualificada para atuar em articulação com a RAPS, pautando o cuidado em liberdade e a prevenção do suicídio (145, 281). É citada também a necessidade de: (a) elaboração de indicadores com viés interseccional para a vigilância em saúde; (b) respeito à autonomia no tratamento pré e pós processo transexualizador e oferta de serviço com equipe qualificada no protocolo de hormonização; (c) garantia de políticas sociais de renda para pessoas em sofrimento psíquico e ou em vulnerabilidade social; (d) promoção de iniciativas efetivas de educação e medidas judiciais “que visem a diminuição do feminicídio, do transfeminicídio e do suicídio [...] e que estimulem o respeito à diversidade, contra o machismo, a LGBTfobia, a estrutura patriarcal, o racismo e o capacitismo” (143, 332, 394, 395, 416, 479 e moção 47).

A moção 15 clama pela “exclusão definitiva de Comunidades Terapêuticas e semelhantes da RAPS, do SUS, do SUAS e da saúde suplementar”, denunciando que mulheres cis, trans, travestis e não binários têm “suas histórias apagadas e suas vozes invalidadas, sendo o manicômio uma instituição que se constitui como mecanismo estratégico para silenciamento” e violências.



A conferência traz a proposta de criar uma linha de cuidado, na perspectiva não patologizante, voltada às necessidades de crianças e adolescentes trans e criar uma assistência em saúde mental específica com ênfase: (a) no cuidado integral, com a oferta de grupos de apoio, e espaços multidisciplinares dedicados às especificidades da infância e adolescência trans nas unidades básicas de saúde, considerando inclusive a questão da prevenção do suicídio e da prática de automutilação relacionada à transfobia; (b) na intersetorialidade, envolvendo a Educação, os Conselhos Tutelares e demais órgãos pertinentes da Assistência Social, tendo em vista a redução da rejeição e da violência familiar que levam a situações como a expulsão de casa; (c) na garantia de que o Programa Saúde na Escola aborde saúde mental, violências, violações, discriminação, bullying e combate à transfobia (104, 106, 107 e moções 04 e 06).

Por fim, existe a proposta de qualificação dos profissionais da RAPS, especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), na temática de gênero e sexualidade e nas questões de saúde mental que atravessam o desenvolvimento de crianças e adolescentes trans, a fim de ofertar acolhimento, cuidado e atenção integral e estender a formação qualificada aos Conselhos Tutelares (84, 103, 105, 108, 109, 220, 247 e moções 04 e 06).

A população LGBTQIAPN é mencionada em propostas de todos os Eixos do relatório.

19. REFORMA PSIQUIÁTRICA E REFORMA SANITÁRIA NO SUS PÚBLICO E UNIVERSAL

O Eixo 3 – Subeixo D “Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária e o SUS” abriga 16 propostas, sendo 9 delas utilizando o termo “Reforma Psiquiátrica”, mas encontramos ainda mais 33 propostas que versam sobre “Reforma Psiquiátrica” distribuídas em todos os Eixos da conferência. Desta forma, o conjunto de 42 proposições traz elementos de todas as temáticas da conferência, ao mesmo tempo que enfatiza aspectos bastante característicos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do campo da saúde mental em cada um dos demais Subeixos.

Neste rol ampliado de propostas o maior destaque reside no termo “antimanicomial/is” presente em 28 propostas e 3 moções (18, 31, 55, 79, 83, 113, 136, 185, 192, 213, 250, 255, 261, 283, 301, 340, 342, 343, 427, 435, 443, 505, 508, 513, 517, 518, 519, 549 e moções 10, 33, 37). A Lei federal nº 10.216/2001 é evocada com frequência (506, 517, 261, 300, 301, 426 e moções 15 e 42).

A partir das propostas específicas citadas acima, mas levando em consideração uma abordagem mais ampla de todo o relatório, os **seguintes aspectos principais da Reforma Psiquiátrica foram enfatizados:**



a) Expressa uma **luta antimanicomial**, antiproibicionista (505), anticapitalista e antifascistas por uma sociedade emancipadora (508), respeito à “autonomia e liberdade dos indivíduos”, ampliação dos direitos de cidadania e dos direitos políticos, sociais e humanos em diferentes espaços públicos e nos serviços de saúde mental (192, 213, 510, 516 e moção 31), “evitando a segregação e proporcionando inclusão” social (516).

b) Requer uma **política antirracista, antiLGBTQIAPNB+fóbica, feminista e inclusiva**, que contemple as questões de gênero, raça e classe” (505) e as especificidades da população (519), e “**todos os determinantes sociais em saúde e a garantia dos direitos humanos**” (506, 509).

c) Exige “**manter e aprimorar o modelo assistencial da RAPS**” (516), assegurando a **integralidade do cuidado** (506 e 515), com implantação dos CAPS e demais serviços de base territorial (511, 515, 516, 517), “com garantia de todos os pontos de atenção dos sete componentes, a saber: atenção básica, atenção estratégica [...], atenção hospitalar, urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial, para a população infanto-juvenil e adulta, para as populações vulneráveis” (520). Uma atenção especial foi dada à criação dos Centros de Convivência e Cultura (CECO) (511, 520, 79, 165, 192, 340 e moção 33), ao retorno do NASF (79, 283, 515), às equipes de CnaR (79), bem como ao “fortalecimento do apoio matricial às equipes de saúde da atenção básica e seus instrumentos, tais como a interconsulta, visita domiciliar conjunta, educação permanente, abordagem de crises e abordagem familiar, e elaboração de Projeto Terapêutico Singular” (518). E o fortalecimento do CAPS “com ações intra e intersetoriais, envolvendo outras políticas públicas, garantindo que os usuários da RAPS participem de atividades culturais, educacionais, esportivas, de lazer, geração de trabalho e renda” (515).

d) Requer a “**desinstitucionalização**” (520, 20, 250, 255, 435), “**o cuidado em liberdade**” (508, 512, 519, 31, 79, 250, 301, 427 e moções 15, 31 e 37), a “lógica do território”, “**serviços de base territorial e comunitária**”, organizados de forma regionalizada, em contraste com grandes instituições asilares que centralizam o atendimento e produzem segregação, exigindo-se, portanto, a extinção e/ou suspensão do financiamento público para instituições asilares, inclusive as Comunidades Terapêuticas (7, 20, 343, 507, 508, 510, 512, 514 e moções 15 e 31).

e) Na **política de álcool e outras drogas**, é caracterizada pelos termos “antiproibicionista” (55, 79, 213, 505, 508, 549), “redução de danos” (55, 79, 259, 283, 343, 426, 427, 513, 515, 519), antipunitivista, não influenciada por julgamentos morais, requerendo a ampliação de seus respectivos serviços, como o CAPS AD e o CAPS AD III (20, 62, 79, 214, 283), a Unidade de Acolhimento (UA) e o CnaR, com especial atenção ao CAPS AD III e a suspensão do financiamento público de comunidades terapêuticas (7, 20, 79, 165, 250, 283, 295, 343 e moções 15 e 31), vetadas também



como campo de atividades pedagógicas e formativas em todos os níveis de educação em saúde “por serem consideradas entidades que violam os direitos humanos fundamentais e que possuem abordagens contrárias à redução de danos e à Reforma Psiquiátrica” (62).

f) Na **atenção a crianças, adolescentes e jovens** (83, 113, 435, 514, 516), requer a ampliação de ofertas de serviços na rede intersetorial (516), a garantia de acesso ao tratamento respeitando-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a implantação e investimento em CAPSi e/ou Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (79, 113, 283). E garantir oferta de atendimento que tenha por objetivo o acolhimento e [...] a erradicação da patologização da vida e do uso abusivo de medicamento psiquiátrico no ambiente escolar (83).

g) Na **saúde mental no sistema prisional e cuidado em saúde mental para pessoas em situação de privação de liberdade e/ou em conflito com a Lei**, exige o estabelecimento de parcerias intersetoriais com a Justiça e outros setores para definição de diretrizes e estratégias de reparação histórica, social, econômica e cultural das pessoas encarceradas e de seus familiares e comunidades, em decorrência da necropolítica de guerra às drogas (52).

h) Em relação às **diversas formas de violência e prevenção e posvenção do suicídio**, requer a qualificação das ações em saúde mental e atenção integral à saúde, respeitando-se as especificidades das populações e a oferta de cuidado de pessoas em situações de violências, de modo a promover a prevenção do suicídio e garantir ainda uma assistência livre de preconceitos e violências institucionais, (426, 427, 435, 515, 519 e moções 15 e 42).

i) Requer a **garantia de financiamento** (20, 83, 213, 214, 250, 259, 283, 300, 301, 343, 507 e 512 e moção 31), a **crítica à privatização da saúde** (7, 213 e moção 31) e a ênfase no caráter público e estatal do SUS. Uma atenção especial foi dada à necessidade de investimentos tendo em vista o aumento da incidência do sofrimento psíquico na população, no contexto da Pandemia da COVID 19 (508).

j) Em relação à **gestão, planejamento e monitoramento**, requer o incentivo e promoção de metodologias de gestão democráticos e não privatizantes (18 e moção 31), a garantia do caráter efetivamente público e estatal, recusando todas as formas de privatização e terceirização (342), e assegurar que toda a política de álcool e drogas esteja submetida hierarquicamente ao Ministério da Saúde (513).

l) Assegurar todos os **direitos trabalhistas**, superando as tendências à precarização das condições de trabalho (508, 213, 342 e moções 31 e 37), garantindo a realização de concurso público federal, estadual e municipal, com estabilidade de emprego, de cargos, carreiras e salários adequados, a garantia de pisos salariais nacionais por nível de escolaridade e estímulo à dedicação exclusiva e a qualificação/educação permanente (342).



m) Na área da **formação e educação**, exige a inclusão da temática dos direitos humanos na saúde, políticas sociais e reformas sanitária e psiquiátrica nos currículos de formação profissional e educação permanente em saúde, e a realização de fóruns temáticos de articulação regional (185, 250, 255, 259, 509, 511), tendo em vista “fortalecer a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade e no território” (250). E também “qualificar amplamente a formação nos programas de residência” [...] e “garantir cenário de prática em Saúde Mental para as diferentes profissões da área da saúde nas equipes multiprofissionais” (255).

n) Requer a garantia da **participação e controle social** (18, 192, 214, 215, 301, moções 15 e 33), a implantação da RAPS com fiscalização dos órgãos de controle social (214, 301), a realização de conferências de saúde (215) e o **fortalecimento dos movimentos sociais** organizados, que buscam assegurar e ampliar os direitos de cidadania para as pessoas usuárias e seus familiares, trabalhadores(as) e gestores(as) (213).

EIXO IV - IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO E OS DESAFIOS PARA O CUIDADO PSICOSSOCIAL DURANTE E PÓS PANDEMIA

20. A PANDEMIA DE COVID-19: DESAFIOS DO CUIDADO PSICOSSOCIAL E IMPACTO NA SAÚDE E SAÚDE MENTAL DOS GRUPOS POPULACIONAIS MAIS AFETADOS E DOS TRABALHADORES QUE ATUARAM DURANTE E APÓS A SUA FASE MAIS AGUDA

O leitor interessado nas propostas aprovadas sobre a pandemia de Covid-19 e suas implicações no campo da saúde e saúde mental, deve ficar atento para o fato de que elas extrapolam o Eixo 4 “Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-pandemia”, e o Eixo 4 - Subeixo B “Inovações do cuidado psicossocial no período da pandemia e possibilidade de continuar seu uso, incluindo-se, entre outras, as ferramentas à distância”. Por isso é importante referenciar aqui seus respectivos números no relatório, para facilitar a consulta.

O tema da pandemia de Covid-19 tem relevância na Política de Saúde e Saúde Mental por configurar um caso de emergência sanitária e, portanto, as propostas aprovadas na 5ª CNSM são importantes para indicar formas de planejar e organizar respostas a problemas gerados por novos quadros de emergência sanitária no futuro, e por diversas formas de sofrimento psíquico e elaboração de luto decorrentes.

É importante lembrar também que o texto de síntese nº 7, intitulado “Gestão e trabalho na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PNSMAD)”, aborda de forma mais abrangente as propostas e moções aprovadas no conjunto do relatório sobre o trabalho na política de saúde mental, álcool e outras drogas.



É possível indicar que a temática da política de assistência à saúde e saúde mental para pessoas afetadas diretamente por doenças e agravos, e pelo contexto de diversas crises (sanitária, política, econômica e social), durante e após a pandemia de Covid-19 apresentam diferentes ênfases:

a) Garantir processos de qualificação profissional/educação permanente e multiprofissional para todos os trabalhadores do SUS e da RAPS, para intervir nas situações e grupos populacionais afetados pelo contexto da pandemia, combatendo preconceitos e estigmas e respeitando as condições de vida e características dos territórios, as singularidades e subjetividades das populações mais vulnerabilizadas, particularmente aquelas atingidas por desastres ambientais e eventos climáticos catastróficos, povos tradicionais, população carcerária, pessoas com deficiências e comorbidades, pessoas órfãs em decorrência da Covid-19, em situação de rua, população negra, infantojuvenil, pessoas em situação de violências, sexual, doméstica e familiar, pessoas LGBTQIAPN+, pessoas obesas, etc. (246, 502, 530, 531, 533, 538, 539, 549, 554, 556, 558, 559, 595 e 608).

b) Garantir condições/direitos trabalhistas e o cuidado às necessidades de saúde e saúde mental dos profissionais/trabalhadores que atuaram/atua na linha de frente dos serviços de saúde e dos trabalhadores de funerárias, promovendo equipes multiprofissionais, supervisão institucional, capacitação adequada, programa de prevenção de suicídio, ampliação/integração com a rede de CEREST (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador), e estabelecimento de pesquisas e protocolos para definição dos nexos causais em relação ao trabalho (539, 559, 589, 595, 597, 601, 608, 610 e 612).

c) Ampliar a oferta e fortalecer os serviços do SUS e da RAPS, particularmente na atenção básica, para ações de vigilância em saúde (incluindo busca ativa), prevenção, promoção e assistência, superando a ênfase apenas medicamentosa, com foco nos grupos populacionais mais afetados e nas novas demandas advindas da pandemia (159, 543, 547, 550, 552, 555, 558 e 600).

d) Priorizar e ampliar diferentes formas de alocação de recursos financeiros e humanos para o SUS e para a RAPS, para garantir a atenção às pessoas afetadas pela pandemia (68, 159, 168, 508, 522 e 554).

e) Garantir a provisão de diferentes tipos de cuidado inovadores no SUS e na RAPS, particularmente aqueles virtuais, tanto individuais como grupais, para maior acesso e adesão frente aos problemas logísticos (transporte, disponibilidade de tempo etc.) (540, 543, 548 e 568).

f) Enfatizar e garantir a implementação da Educação Popular e das PICS no cuidado às sequelas decorrentes da pandemia (449, 526, 542 e 597).



g) Promover a disponibilização do óleo medicinal e criar centros de referências e fundos de pesquisa em Saúde Mental e Cannabis para tratamento de efeitos da pandemia (524 e 536).

h) Fomentar estudos e pesquisas sobre os impactos e as consequências da pandemia, incluindo o isolamento social duradouro durante e no pós-pandemia nos cenários educativos (541 e 554).

i) Resgatar os marcos históricos e ações que promoveram o desmonte e enfraquecimento do SUS, o negacionismo e a dificuldade em controlar os casos de Covid-19 (523).

j) Garantir a participação dos povos da periferia e das pessoas usuárias da saúde mental e seus familiares, entidades e movimentos sociais nas discussões sobre vulnerabilidade social e impactos na saúde mental no período de pandemia (526).

l) Integrar ações de cultura, de esporte, de lazer, de trabalho, e de meio ambiente como forma de assegurar qualidade de vida à população e a prevenção de agravos oriundos da pandemia (551).



21. PROPOSTAS E MOÇÕES APROVADAS

EIXO 1 - Cuidado em liberdade como garantia de direito a cidadania	144
Subeixo A - Desinstitucionalização: Residências terapêuticas, fechamento de hospitais psiquiátricos e ampliação do Programa de Volta para Casa	144
Subeixo B - Redução de danos e atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas	152
Subeixo C - Saúde mental na infância, adolescência e juventude: atenção integral e o direito à convivência familiar e comunitária	158
Subeixo D - Saúde mental no sistema prisional na luta contra a criminalização dos(as) sujeitos(as) e encarceramento das periferias	165
Subeixo E - Diversas formas de violência, opressão e cuidado em Saúde Mental	167
Subeixo F - Prevenção e posvenção do suicídio e integralidade no cuidado	169
EIXO 2 - Gestão, financiamento, formação e participação Social na garantia de serviços de saúde mental	170
Subeixo A - Garantia de financiamento público para a manutenção e ampliação da política pública de saúde mental	170
Subeixo B - Formação acadêmica, profissional e desenvolvimento curricular, compatíveis à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	172
Subeixo C - Controle social e participação social na formulação e na avaliação da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas	124
Subeixo D - Educação continuada e permanente para os(as) trabalhadores(as) de saúde mental	179
Subeixo E - Acesso à informação e uso de tecnologias de comunicação na democratização da política de saúde mental	188
Subeixo F - Financiamento e responsabilidades nas três esferas de gestão (federal, estadual/distrital e municipal) na implementação da política de saúde mental	188
Subeixo G - Acompanhamento da gestão, planejamento e monitoramento das ações de saúde mental	193
EIXO 3 - Política de saúde mental e os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade	201
Subeixo A - Intersetorialidade e integralidade do cuidado individual e coletivo da Política de Saúde Mental	201
Subeixo B - Equidade, diversidade e interseccionalidade na política de saúde mental	207
Subeixo C - Garantia do acesso universal em saúde mental, atenção primária e promoção da saúde, e práticas clínicas no território	213
Subeixo D - Reforma psiquiátrica, reforma sanitária e o SUS	223



EIXO 4 - Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-pandemia	226
Subeixo A – Agravamento das crises econômica, política, social e sanitária e os impactos na saúde mental da população principalmente as vulnerabilizadas	226
Subeixo B - Inovações do cuidado psicossocial no período da pandemia e possibilidade de continuar seu uso, incluindo-se, entre outras, as ferramentas à distância	228
Subeixo C - Saúde do(a) trabalhador(a) de saúde e adoecimento decorrente da precarização das condições de trabalho durante e após a emergência sanitária	231



EIXO 1 - Cuidado em liberdade como garantia de direito à cidadania

Subeixo A - Desinstitucionalização: Residências terapêuticas, fechamento de hospitais psiquiátricos e ampliação do Programa de Volta para Casa

1 - Garantir acesso à saúde mental desde a Atenção Básica (AB) e de forma desburocratizada; ampliar o número de unidades de AB e dos serviços da RAPS, inclusive em finais de semana e feriados, com funcionamento 24 horas (CAPS III) nos territórios, com equipe mínima, verba adequada e divulgação, numa perspectiva antimanicomial.

2 - Garantir atendimento, grupos de apoio e cuidado às famílias de pessoas com transtornos mentais e/ou egressas de hospitais psiquiátricos, com o objetivo de promover a funcionalidade e bem-estar dessas famílias, assegurando o atendimento e integralidade no cuidado e atenção à saúde mental das pessoas.

3 - Por mais investimentos na RAPS (rede de atenção psicossocial) e pelo fim das Comunidades Terapêuticas e iniciativas semelhantes que atuam sob uma perspectiva anticiência, privatizante, com uso de recursos violentos, com restrição de liberdade - encarceramento compulsório - e pautadas em fundamentalismos religiosos.

4 - Estreitar a relação entre hospitais, CAPS e os CnaR como forma de garantir uma continuidade do acompanhamento da pessoa em situação de rua e para que ele não seja perdido após uma alta ou alguma intervenção.

5 - Garantir a todos os usuários acesso ao cuidado em saúde mental com a implementação, ampliação, estruturação e fortalecimento dos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial previstos na Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (exceto as comunidades terapêuticas), reduzindo o critério populacional para implantar tais serviços substitutivos e reforçando a luta antimanicomial, a desinstitucionalização, a redução de danos, o cuidado em liberdade no território, os direitos humanos, o combate a todos e quaisquer tipos de preconceito e discriminação, considerando a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra de acordo com Portaria 992/ GMMS de 13 de maio de 2009. Ampliando a educação permanente, fiscalizando e extinguindo todos e quaisquer serviços que reforcem a lógica asilar e manicomial, desde o fechamento da porta de entrada em Hospitais de Custódia até exclusão das Comunidades Terapêuticas desta portaria, destinando os recursos de financiamento destes para o custeio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

6 - Desinstitucionalizar as pessoas usuárias de internações em todo o país, aplicando legislação antimanicomial vigente, por meio da substituição das instituições asilares, por serviços substitutivos sob a lógica antimanicomial e de redução de danos no SUS público, estatal, gratuito, laico e de qualidade, garantindo o desenvolvimento desta política de forma intersetorial, com instrumentos já existentes nas Políticas de Habitação, Assistência Social, Direitos Humanos, entre outras.

7 - Reformulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a retirada de serviços asilares e manicomiais e das Comunidades Terapêuticas, devido seu caráter privatista, contrário aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica e de violação aos Direitos Humanos, bem como reverter todas as formas de privatização realizadas ou em curso dos serviços da RAPS via Organizações Sociais.



8 - Abolir em todos os setores da esfera pública, qualquer forma de fortalecimento e manutenção de serviço com lógica manicomial, como exemplo as comunidades terapêuticas, hospitais e clínica psiquiátrica e instituição correlatas, assegurando o fechamento dos já existentes, com garantia da ampliação das residências terapêuticas e ampliação do programa de volta para casa.

9 - Fortalecer mecanismos de prevenção e combate à tortura, com participação social, para fiscalizar centros de privação da liberdade em todas as instâncias governamentais. Assegurar os direitos fundamentais da população, sobretudo dos grupos vulnerabilizados, enfatizando que o uso de substâncias psicoativas, quando problemático, é multifatorial, relacionado a questões sociais como assistência, renda e moradia. Combater políticas repressivas, de privação da liberdade e de promoção do genocídio, assim como a mercantilização de espaços de privação de liberdade. Desenvolver políticas de saúde mental que levem em consideração as especificidades de populações vulnerabilizadas, com participação ativa desses grupos. Realizar pesquisas transculturais respeitando tradições étnicas, fortalecendo laços comunitários. Garantir que políticas e ações em saúde mental sejam laicas, combatendo discriminação por origem, idade, religião/espiritualidade (ou a ausência de), raça, sexo, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, classe social, capacidades, ou ainda por apresentar sofrimento psíquico/psicossocial, por fazer uso de qualquer substância psicoativa ou por qualquer condição humana.

10 - Fortalecer as RAPS e as unidades de Atenção Básica com a implantação de novos CAPS, em municípios de pequeno porte, com menos de 10 mil habitantes e formação continua dos profissionais com ênfase no respeito os direitos humanos, diversidade de gênero, questões étnicas raciais, condições socioeconômicas, e o protagonismo deles no seu cuidado à saúde, observando as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e Política Nacional da Saúde Integral da População LGBTQIAPN+ e neurodiversidade/autista, prioritariamente entre crianças, adolescentes e jovens.

11 - Planejar a nível nacional, estadual e municipal a implementação de um programa federal e programas municipais de cartão e plano de crise nos serviços de atenção psicossocial, para estender a cidadania das pessoas usuárias em momentos de crise, como um desdobramento do Art. 25, alínea (d) da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU e Decreto 6.949 de 2009), no direito ao consentimento livre e esclarecido sobre as formas de tratamento, bem como da Resolução nº 1.995 de 2012 do Conselho Federal de Medicina, que normatiza as chamadas diretivas antecipadas de vontade, pelas quais as pessoas usuárias estabelecem um plano prévio de suas vontades, preferências e decisões para tratamentos, incluindo como querem ser acolhidas em situações de crise, a indicação de representantes pessoais, e a colocação de um cartão indicando a existência deste plano junto aos documentos pessoais, para garantir que serviços de emergência, tais como o SAMU, Corpo de Bombeiros e forças de segurança, sejam devidamente capacitados para prevenir abordagens discriminatórias dessas pessoas e tenham conhecimento imediato deste plano e dos serviços para onde devem encaminhar a pessoa usuária.

12 - Criar um comitê interministerial ou grupo de trabalho, com participação de 50% de representantes de associações, coletivos e movimentos sociais de pessoas usuárias e



familiares, para criar a nível nacional, estadual e municipal, programas que promovam a informação, capacitação e implantação do dispositivo de tomada de decisão apoiada tanto na rede de saúde mental álcool e outras drogas, como também nas políticas intersectoriais e no Sistema de Justiça, para substituir a incapacidade civil ou curatela, que reduz a autonomia da pessoa com sofrimento mental e outras deficiências e possibilita a violação de direitos; a substituição deve garantir às pessoas usuárias o direito de tomar decisões sobre suas vidas com o máximo de autonomia, de acordo com o Art. 12 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU e Decreto 6.949 de 2009), da Lei Brasileira de Inclusão (Lei 13.146 de 2015) e suas respectivas repercussões no Capítulo IV do Código Civil (Lei 13.105 de 2015); essa substituição deverá garantir a superação da exigência hoje corrente de requerer a curatela como pré-requisito para concessão de pensão, benefício de prestação continuada e outros benefícios sociais.

13 - Promover uma ampla política de integração das áreas de saúde mental, economia solidária, cultura e artes, no âmbito federal, estadual e municipal, incluindo uma base legal e normativa adequada, para criar programas de trabalho, cooperativismo, renda e cultura/arte para pessoas usuárias e seus familiares, sem qualquer forma de discriminação social e existencial, com gestão liderada por eles, e garantindo sempre que possível uma renda compatível para cobrir as demandas de subsistência das pessoas envolvidas, incluindo programas de financiamento público a fundo perdido para associações de pessoas usuárias e familiares do campo da saúde mental, álcool e outras drogas, em que estes atuem ativamente como oficineiros e trabalhadores de suporte de pares, por meio de editais de médio e longo prazo, nas áreas de grupos de ajuda e suporte mútuos, economia solidária, habitação solidária, artes e cultura (artes plásticas, teatro, dança, música, literatura, carnavalização, festas populares, etc.), esportes, lazer, turismo solidário, capacitação e educação permanente, etc.

14 - Garantir em todos os serviços de atenção psicossocial: a) veículos adequados para transporte de pessoas usuárias e familiares (vans ou miniônibus) para encaminhamentos e atividades gerais; b) imóveis adequados, com numerosos espaços para atendimento, acolhimento noturno, oficinas, reuniões, cursos, assembleias e atividades culturais, banheiros com portas e privacidade, bebedouros, cozinha, sala de refeições e área verde espaçosos; c) melhoria da qualidade e diversidade da alimentação fornecida às pessoas usuárias destes serviços e seus familiares, com atenção aos aspectos nutricionais, simbólicos, a culturas regionais, e às festividades e comemorações; d) toda a infraestrutura móvel (mesas, cadeiras, móveis, arquivos, telefones, etc.), e materiais diversos de escritório; e) computadores e rede de wifi à disposição das pessoas usuárias e familiares, incluindo capacitação adaptada, para utilizar redes sociais de troca de experiência e de lutas; f) provisão adequada de psicofármacos na rede de atenção psicossocial, superando todos os obstáculos para o seu acesso, evitando frequentadores adquiri-los por recursos próprios, ou mesmo descontinuar o tratamento, gerando novas crises.

15 - Construir coletivamente junto a todos os atores do campo e implementar em toda a rede de saúde e saúde mental, álcool e drogas do país, um código de ética com princípios e diretrizes que orientem os profissionais e trabalhadores do SUS e especialmente de serviços de saúde mental, álcool e outras drogas, para lidar com as pessoas usuárias,



familiares e particularmente de pessoas em situação de rua, para evitar comportamentos de estigmatização, violência verbal e física, assédio moral, abusos, condições e limites da contenção física, e eventos de discriminação de pessoas usuárias e familiares mais conscientes e reivindicativos de seus direitos; por outro lado, promover atividades e comportamentos de escuta e acolhimento adequado e sensível; este código deverá ter plena visibilidade e publicidade nos serviços de atenção psicossocial e deverá ser lido e discutido nas assembleias de pessoas usuárias e familiares, bem como em oficinas e cursos de formação política e de defesa de direitos, incluindo na implementação desse código de ética numerosos e abrangentes dispositivos de educação permanente, abrangendo particularmente os agentes do SAMU, Corpo de Bombeiros e agentes de segurança.

16 - Reconhecer a importância e fortalecer o encaminhamento institucional e o protagonismo das pessoas usuárias e familiares pela implantação de conselhos gestores em todos os serviços de atenção psicossocial e por meio do fortalecimento das assembleias dos serviços de atenção psicossocial, garantindo a presença regular dos gestores de serviços nas assembleias; possibilitando a participação direta de representantes das pessoas usuárias e familiares nas reuniões de equipe no momento da discussão das propostas e reivindicações oriundas das assembleias; garantindo o encaminhamento efetivo dessas reivindicações e propostas aceitas nestas instâncias; realizando assembleias com participação de pessoas usuárias e familiares de outros serviços mais próximos, de lideranças comunitárias da área, e representantes dos demais serviços públicos do território, integrando as pessoas usuárias e familiares nas iniciativas comunitárias e sociais locais; e divulgando sistematicamente os eventos e iniciativas do campo da saúde mental e da luta antimanicomial nas assembleias e reuniões com as pessoas usuárias e familiares nos serviços.

17 - Fortalecer a transdisciplinaridade, garantindo equipes amplas na composição dos Serviços integrantes da RAPS, como fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, arteterapeutas dentre outros profissionais, como proposto nas portarias 336/2002 e 3088/2011, compondo equipes diversas e proporcionando a atenção ampla e múltipla dos usuários em suas, igualmente diversas, demandas e necessidades.

18 - Por Políticas Públicas em Saúde Mental que respeitem os avanços da Reforma Psiquiátrica e as conquistas do movimento antimanicomial de caráter popular incentivando e promovendo processos de metodologias de gestão democráticos e de educação popular em saúde, garantindo espaços de fala e escuta qualificada em todos os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial e do controle social, além da divulgação clara dos direitos das pessoas usuárias nos serviços. Por um movimento antimanicomial que respeite o conhecimento popular das pessoas usuárias: sem isso não há processo democrático.

19 - Reafirmar o trabalho autogestionário, na perspectiva da economia solidária, como política emancipatória, estimulando as atividades econômicas desenvolvidas e observadas pelas pessoas profissionais de saúde, usuárias da RAPS e que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Lutar pelo direito ao trabalho associado, em articulação com a política de economia solidária. Garantir investimento em políticas de



economia solidária autogestionária como forma de enfrentamento ao capitalismo e à precarização do trabalho alienante e adjetivado pelas vulnerabilidades sociais ou de saúde, para dispositivos do Eixo “Estratégias da Reabilitação Psicossocial” da Rede de Atenção Psicossocial, como iniciativas de economia solidária e geração de renda, compreendendo o trabalho como categoria fundante para ser social. Trabalho integrado da Saúde Mental com a Economia Solidária na construção de Cooperativas Populares e Associativismo na perspectiva de construirmos uma economia sustentável, incluindo iniciativas de fomento e apoio financeiro das iniciativas empreendedoras das pessoas usuárias dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial e seus familiares.

20 - Revisar, ampliar e regulamentar a aplicação de recursos na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (Portaria 3088/2013), garantindo o financiamento nas três esferas do governo, excluindo-se as Comunidades Terapêuticas, para a manutenção, aprimoramento e ampliação do conjunto de ações de saúde mental e da rede de serviços substitutivos como CAPS AD III, CAPSij II e III, CAPS II e III nos municípios, além de Centros de Convivência - CECCO, Geração de Renda e Inclusão Social, Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, Programa de Volta para Casa - PVC, entre outros, obedecendo a lógica do território, dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Reafirmar o CAPS como lugar prioritário para atenção de pessoas em situação de crise. Ampliar o número de SRT e aumento da cobertura do PVC - Lei Federal 10.708/2003, assegurando o processo de desinstitucionalização que estava em curso no país. Credenciar e financiar serviços de saúde mental, especialmente CAPS, unidades de acolhimento e SRT, pela abertura do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) do Ministério da Saúde.

21 - Construir protocolos não discriminatórios para o acesso, atendimento e acompanhamento para a pessoa em situação de rua, na Atenção Primária e Secundária, de modo a fomentar criação de centros de convivência e Unidades de Acolhimento, bem como ampliar as equipes de consultório na rua e os centros de atenção psicossocial nos territórios.

22 - Fortalecimento de estratégias de reabilitação psicossocial, com ampliação dos CAPS Tipo 3 em todo o território nacional, estímulo à criação de centros de convivência, de projetos de geração de renda e economia solidária.

23 - Restabelecer a ordem legal referenciada pela luta antimanicomial e referendada pela Lei 10.216/2001, retirando incentivos do cuidado asilar e das internações em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, garantindo que os recursos financeiros, humanos, materiais, tecnológicos e logísticos sejam utilizados nos serviços substitutivos que compõem a RAPS, incluindo a oferta de número adequado de leitos hospitalares de saúde mental nos hospitais gerais, com vagas planejadas de forma regionalizada, considerando a realidade local, com regulação de leitos pelo SUS e internação em tempo oportuno, tanto para os adultos quanto para a população infanto-juvenil, pois a disponibilidade insuficiente desses serviços vêm acarretando filas gigantescas, judicialização da saúde e problemas psicossociais, muitas vezes irreparáveis.

24 - Ampliar o financiamento, a inclusão e estímulo de projetos artísticos e culturais, oficinas geradoras de renda e artístico culturais, grupos de mútua ajuda, projetos de



economia solidária, que buscam a efetivação da reabilitação psicossocial de usuários e familiares, no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e centros de convivência.

25 - 1. Investir em projetos sociais dos/as usuários/as dos CAPS para conhecimento da realidade socioambiental dos mesmos e estimulando a economia criativa e de geração de renda entre os/as usuários/as em interação com as comunidades de seu território. Financiado através de iniciativa de custeio do orçamento federal, no repasse fundo a fundo, com rubrica própria: na linha do emprego e geração de renda.

26 - Promover a interação de toda a sociedade envolvida nas ações da saúde mental em todas as unidades de RAPS do território onde os/as usuários/as estão inseridos/as e, com isso, desenvolver a atenção integral ao usuário/a; informar e integrar a comunidade a respeito de transtornos mentais e implementar políticas e dispositivos na detecção e prevenção de agravos e ainda; auxiliar a comunidade a eliminar a estigmatização e a discriminação, estimulando-a a criar um ambiente social favorável para a recuperação e reintegração do usuário/a ao convívio familiar.

27 - Promover a reinserção social por meio da garantia de recurso financeiro suficiente para ampliar e manter as Residências Terapêuticas, a fim de alcançar desinstitucionalização das pessoas acolhidas, criando um programa de auxílio financeiro ao trabalho em rede (saúde, assistência social, educação) nas três esferas de governo, a fim de assegurar o cuidado biopsicossocial e garantir a efetividade do programa "De volta para casa", em contextos urbanos e rurais.

28 - Garantir, quando necessário, o atendimento na urgência e emergência e a internação breve em leitos de enfermaria de hospital geral (adulto e infantil), com ações centradas no cuidado em liberdade e no território, com ampliação da Política de Desinstitucionalização (Residência Terapêutica e Programa de Volta para Casa), e avançando assim no fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da Atenção Básica e Especializada e também das ações intersetoriais, e na aplicação dos princípios do modelo de atenção à saúde mental aberto de base territorial e comunitária, com o objetivo de reabilitação psicossocial, na perspectiva da Redução de Danos e da prevenção ao suicídio, excluindo portanto o financiamento de comunidades terapêuticas, hospitais psiquiátricos e ambulatórios.

29 - Instituir equipe multiprofissional especializada em saúde mental nos serviços móveis de urgência do SAMU em todo território nacional com funcionamento 24 horas. Ampliar, qualificar e assegurar atendimento às crises em saúde mental na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), tais como, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Portas hospitalares de atenção às urgências, Enfermarias de retaguarda e outros serviços de funcionamento 24h com ênfase nos Hospitais Gerais. Garantir a implementação da oferta do cuidado em saúde mental para pessoas em situação de crise nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos Pronto Atendimentos, com equipes capacitadas para realizar o manejo de crise com intervenções necessárias, adequadas e com os devidos encaminhamentos para a rede intrasetorial de saúde e intersetorial.



30 - Garantir, em todo o território nacional, o fechamento dos hospitais psiquiátricos ainda existentes, públicos e privados, conveniados com o SUS; inclusive os de custódia e tratamento psiquiátrico, assim como proibição de abertura de novos e a ampliação de leitos existentes, assegurando, ao mesmo tempo, o incremento, a implantação e a qualificação da rede de serviços substitutivos, conforme a portaria nº 3.088/2011/ MS em todos os seus pontos de cuidado, para todas as faixas etárias e com financiamento pelos três níveis de governo.

31 - Ampliar e fortalecer as políticas públicas para o cuidado em liberdade, fortalecendo a vivência em tratamento CAPS I, II, III, em regime portas abertas garantindo as pessoas em sofrimento psíquico a convivência familiar e comunitária, a fim de efetivar conforme os princípios da reforma psiquiátrica (brasileira e a política antimanicomial) e seus avanços. Garantir o fortalecimento da RAPS através da ampliação da atenção psicossocial e da rede de atenção psicossocial, com a criação e implantação do CAPS III, CAPS i e CAPS 24h, reorganizando o modelo de atenção para ter garantido o atendimento quando necessário. Implantar e efetivar os serviços de atenção psicossocial tipo II e modalidade III (24h) regionalizados, considerando portarias vigentes, com a contratação de mais profissionais, capacitação continuada e melhorias dos serviços oferecidos.

32 - Criação de políticas inclusivas de trabalho. Criar, implementar e fortalecer programas, projetos e ações de geração de trabalho e renda, para os usuários da RAPS subsidiadas pelas três esferas do governo aos usuários da RAPS, com cursos variados de aprimoramento, como oficinas de arte, trabalhos manuais entre outros. Fomentar de forma sustentável os grupos de geração de renda dos usuários em saúde mental e familiares no formato de economia solidária. Garantir recursos de qualidade, entre eles, transporte, alimentação saudável e moradia para usuários dos serviços de saúde mental (federal, estadual e municipal).

33 - Adotar a perspectiva da economia solidária na Política Nacional de Saúde Mental, garantido por meio de incentivo financeiro a implantação de estratégias de reabilitação psicossocial por meio de iniciativas de geração de trabalho e renda, de empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Promover ações de enfrentamento ao estigma às pessoas com deficiência, pessoas em situação de vulnerabilidade e ou sofrimento psíquico, visando a garantia de direitos. Reinstaurar programas interministeriais e entre secretarias em Estados e municípios para o fortalecimento das estratégias de desinstitucionalização, tais como promoção de projetos de geração de renda, economia solidária, geração de trabalho e renda e oficinas pelo trabalho no âmbito da RAPS.

34 - Promover políticas públicas de inclusão ou reinclusão dos usuários da saúde mental no mercado de trabalho. Criar mecanismos de reinserção dos pacientes tratados ao mercado de trabalho e a sociedade, a exemplo por meio de incentivos fiscais, banco de oportunidades vinculado em entre CAPS, ação social e SETRABES (estado) parte do processo supracitado inclui a capacitação técnica do paciente durante o tratamento. (municipal/estadual/federal).

35 - Garantir a implantação e promoção do Programa De Volta para Casa, conforme os princípios estabelecidos na Lei N 10.708 de 31 de julho de 2003, por meio de criação de comissão estadual e municipal para levantamento e monitoramento de pessoas



beneficiadas, com vistas à ampliação e garantia da fidedignidade na prestação de contas no uso específico do recurso pelo/a beneficiário/a, além de revisão do valor pago. Acesso às modalidades diversas de moradia e ao Programa “De Volta Para Casa”, cuja bolsa deve ser reajustada, minimamente, ao valor do salário-mínimo nacional.

36 - Priorizar o atendimento com acolhimento, atenção qualificada e humanizada, inclusão e proteção às pessoas que vivenciam situações de crises, entre elas, a tentativa de suicídio, reconhecendo o risco e gravidade, ampliando serviços de funcionamento 24hs em CAPS III, hospitais gerais, prontos socorros gerais, demais modalidades de CAPS. Formalizando um fluxograma e protocolo de atendimento e manejo em situações de crise, sofrimento mental/psíquico com o SAMU, UPA, UBS, centros de convivência e demais serviços intersetoriais para os encaminhamentos que cada caso demandar, investindo na formação e qualificação em saúde mental de todos profissionais envolvidos, em especial no tema do manejo e atenção às crises psíquicas.

37 - Garantir, através de políticas e programas intersetoriais, as condições de vida digna e produtoras de saúde mental, com oferta de formação, capacitação profissional, criação de postos de trabalho e inserção dos usuários do serviço de saúde mental, adultos e juvenil, nos mesmos. Garantir a formação de grupos de ajuda mútua e suporte mútuo formado por usuário e buscar garantir na LOA o financiamento para contratação desses usuários como facilitadores de ajuda mútua como força auxiliar e complementar no CAPS e saúde mental como um todo e no NASF.

38 - Promover visibilidade, transparência e fiscalização das internações de longa permanência, garantindo o cumprimento dos direitos humanos nos espaços asilares psiquiátricos, até que a desinstitucionalização seja efetivada.

39 - Garantir a obrigatoriedade dos leitos de saúde mental de retaguarda em hospitais gerais, conforme legislação vigente.

40 - Ampliar a Rede de Atenção Psicossocial promovendo a implantação de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) para municípios de acordo com a incidência epidemiológica, cooperativas de trabalho, pontos de cidadania, serviços residenciais - SRT, programa de volta para casa, dentre outras, com o intuito de reversão da política manicomial.

41 - Retomar o fechamento dos hospitais psiquiátricos e de custódia, excluir as comunidades terapêuticas da RAPS e promover a desinstitucionalização através de SRT, em parceria com políticas intersetoriais, atingindo as pessoas em sofrimento mental e em uso prejudicial de álcool e outras drogas, assegurando acesso ao Programa de Volta Para Casa e às modalidades diversas de moradia, inclusive moradia individual assistida, garantindo a assistência em CAPS, CC, ESM na APS, ESF e NASF, a criação do CAPSi III dos leitos de saúde mental em Hospitais Gerais com a Equipe Multiprofissional, da UA(i) e do CnaR, orientados pela lógica da RD, assim como regulamentar a presença da(o) profissional Redutora(or) de Danos em todos os pontos da RAPS, incentivando o tratamento em liberdade em oposição às abordagens e instituições centradas na abstinência e extinguindo a internação em hospitais psiquiátricos e semelhantes, tendo em vista que os serviços substitutivos provaram ser capazes de atender as urgências psiquiátricas com qualidade e competência.



42 - Garantir a efetivação da política de desinstitucionalização através da implantação dos serviços de base comunitária necessários; da disponibilização de recursos financeiros com responsabilidade tripartite; da articulação de ações intersetoriais; do fomento à formação profissional multidisciplinar e de estratégias de educação permanente; da criação de fluxos de cuidado e atenção especial às instituições de privação de liberdade, incluindo os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e as instituições de medidas socioeducativas para adolescentes em conflito com a lei; e, por fim, do fechamento definitivo dos hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e demais instituições de caráter asilar.

43 - Inclusão do profissional de educação física no cuidado individual coletivo aos usuários na RAPS e no CAPS em conformidade com a portaria nº 15, de 07 de janeiro de 2022.

44 - Redirecionar recursos financeiros das Comunidades Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos para implantação de serviços de Saúde Mental de base territorial e comunitária incluindo os Centros de Convivência e Cooperativa e NASF, considerando dados epidemiológicos e não exclusivamente demográficos de forma a implementar a Lei 10.216, reafirmando as Políticas Públicas que prezem os cuidados em liberdade.

Subeixo B - Redução de danos e atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas

45 - Promover a saúde mental e redução de danos através de ações intersetoriais, envolvendo Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sistema educacional, segurança pública, sistema judiciário e esferas pertinentes. Incluir educação sobre substâncias psicoativas, abordando seus aspectos benéficos e riscos numa perspectiva biopsicossocial, com estratégias de redução de danos.

46 - Promover o acesso aos cuidados em Saúde Mental para profissionais e estagiários/estudantes da área de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio de ações institucionais nos serviços de saúde visando contribuir para o rastreamento, prevenção, tratamento e reabilitação das condições de adoecimento psíquico e do uso nocivo de substâncias psicoativas, tendo em vista o maior risco de adoecimento psíquico nesta parcela da população e, sobretudo, pela elevada prevalência do consumo abusivo de álcool, tabaco e outras drogas.

47 - Fortalecer a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD) e de Direitos Humanos, especialmente nos cuidados às populações vulnerabilizadas.

48 - Utilizar a experiência de coletivos e movimentos sociais, como o Espaço Normal (Maré – Rio de Janeiro) na ampliação do programa ATENDA (desenvolvido pelo Espaço Normal) como uma metodologia de cuidado em saúde que foque em mais territórios, em diferentes regiões do país, com a mesma metodologia, a fim de se alcançar uma análise diagnóstica dos impactos positivos que este tipo de cuidado dentro da Política Nacional de Saúde Mental pode ter para indivíduos, seu entorno familiar e sua comunidade, em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas. A partir desse enfoque, implantar atendimento especializado na redução de danos as pessoas que



fazem uso de álcool e outras drogas que precisem e queiram atendimento para o controle e gestão das mesmas em suas vidas; elencar estratégias para a expansão do cuidado em liberdade, fomentando as políticas de redução de danos; auxiliar na formação de profissionais redutores de danos, fortalecendo a responsabilidade com o cuidado e com a ética na promoção de saúde e garantia de direitos fundamentais nos territórios favelados.

49 - Que as políticas de redução de danos respeitem a concepção de cada povo indígena e/ou comunidade sobre o que é o uso "danoso" de substâncias e o contexto de seus usos.

50 - Retornar a Política de Redução de Danos e instituir custeio mensal para que estados e municípios possam adquirir insumos para a promoção da redução de danos nos cuidados em saúde mental de pessoas em sofrimento psíquico associados ao uso de álcool e outras drogas.

51 - Fomentar o conhecimento por meio da Educação Popular em Saúde, assim como na Educação Formal, abrangendo instituições públicas e privadas com abordagem interdisciplinar sobre os usos tradicionais e religiosos da Cannabis. Incluindo valorizar a voz do usuário, promover a consciência sobre os saberes ancestrais e reconhecer a importância cultural e histórica dos povos originários sobre a Cannabis. Subeixos: Utilizar a arte como recurso nas escolas infantis para transmitir conhecimentos que reflitam saberes ancestrais, melhorando assim o acesso das crianças a ferramentas de transformação que respeitem a singularidade de cada indivíduo; Aprofundar o estudo das práticas tradicionais, por meio de uma rede que engloba benzedadeiras, erveiras e outros praticantes de saberes diversos, conectando essas tradições à etnobotânica, às neurociências e às sólidas evidências científicas desenvolvidas no Brasil; Estabelecer núcleos municipais de educação contínua em saúde relacionada à Cannabis sativa L., integrando essa abordagem como uma proposta a ser desenvolvida em diálogos descentralizados e focados nas realidades territoriais específicas. (dentro do Programa Saúde na Escola da Portaria interministerial nº 3.696/2010); fomentar todas as vertentes de conhecimento que advogam pelo uso da Cannabis como uma ferramenta para otimizar a experiência individual, visando a promoção da saúde e do bem-estar. Isso abrange a pesquisa do sistema endocanabinóide, que atua como provável regente fundamental de todos os sistemas do organismo; viabilizar carteira nacional de identificação de pacientes para garantir integridade e livre circulação com seus medicamentos (no momento atual).

52 - Fomento e apoio às cooperativas e associações através da agricultura familiar, através da criação do Programa de Cultivo Controlado (cadastro de pacientes, profissionais de saúde etc.), apoio ao cultivo por pequenos grupos, como clubes e associações. Subeixos: Fortalecer as Associações canábicas, garantia de subsídios descentralizado nas três esferas para programas de reinserção social de sujeitos em situação de cárcere decorrentes de porte ou tráfico, assim como egressos do Hospital Psiquiátrico e Hospital de Custódia e Tratamento, como possível fonte de geração de renda, associado ao Programa de Volta para Casa; Estabelecer parcerias intersetoriais entre a justiça e segurança pública, assistência e desenvolvimento social, cultura, esportes, trabalho e emprego, dentre outros, para definição de diretrizes e estratégias de reparação histórica, social, econômica e cultural das pessoas encarceradas e de seus



familiares e comunidades, em decorrência da necropolítica de guerra às drogas, visando garantir a promoção da saúde mental das pessoas vulnerabilizadas; Fomentar as organizações sem fins lucrativos que promovem práticas terapêuticas integrativas em conformidade com a reforma psiquiátrica em todas as regiões do país, especialmente as mais vulneráveis.

53 - Garantir na previsão orçamentária do Ministério da Saúde e uma formação continuada, multiprofissional e interdisciplinar que elenca o protagonismo do paciente no tratamento canábico como um tema basal, obrigatório e prioritário em toda e qualquer formação custeada por verba pública destinada a profissionais da saúde e educação, contratando, reconhecendo e remunerando pacientes experts como participantes indispensáveis de tais formulações e ações. Subeixos • Fortalecimento da cadeia produtiva de Cannabis, com a inserção de pacientes da Saúde Mental e seus familiares em trabalho protegido.

54 - Desenvolver projetos de saúde pública, estatal e gratuita junto às comunidades tradicionais e populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas, ciganas, de pescadores, assentados, imigrantes, entre outras, com o objetivo de valorizar seus saberes e ciências tradicionais e ancestrais, firmando-as e qualificando-as para o tratamento de álcool e outras drogas, com o princípio ético do cuidado em Redução de Danos específicos para essas populações, considerando as diferenças e especificidades culturais de cada povo garantindo o Bem Viver, de acordo com "La Cumbre Mundial de Pueblos Indígenas y la Naturaleza".

55 - Reformular a Política Nacional Sobre Drogas, resgatando o caráter antimanicomial, tendo como norte a redução de danos, o antiproibicionismo, o antipunitivismo e os princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS público, estatal, gratuito, laico e de qualidade, extinguindo qualquer tipo de abordagem de forças repressivas e de forças de segurança do Estado.

56 - Garantir que as políticas de redução de danos pautadas na luta antimanicomial e no antiproibicionismo sejam implementadas, efetivamente, no âmbito das RAPS, ampliando as equipes de consultório de rua e consultório na rua na atenção básica e combatendo as estruturas de caráter fascista e manicomial através da fiscalização ativa dos serviços existentes.

57 - Reestruturar integralmente a abordagem às substâncias psicoativas, desvinculando as políticas sobre drogas do sistema de justiça criminal e abandonando práticas proibicionistas, de guerras às drogas e de necropolítica. Adotar uma regulamentação abrangente para produção, distribuição e comércio, alinhada aos princípios da redução de danos, defesa da vida, direitos humanos, dignidade humana e saúde integral. Os recursos fiscais resultantes desta regulamentação serão destinados para ações de redução de danos, para a Rede Intersetorial de Atenção em Álcool e outras Drogas, para a Rede de Atenção Psicossocial, e para reparação social e econômica das comunidades impactadas pelo proibicionismo.

58 - Desenvolver ações entre secretarias de caráter educativo e de formação de pactuações que visem tornar central o entendimento pelas forças repressivas sobre direitos humanos e sobre ações de redução de danos no treinamento destas forças, assim



como estabelecer medidas de promoção de saúde mental e de valorização para servidores públicos. Adicionalmente, garantir que o contato de forças repressivas com populações vulnerabilizadas seja sempre intermediado e orientado por equipes técnicas de redução de danos.

59 - Implementar efetivamente a Política de Redução de danos, bem como uma ética do cuidado, com a implantação e a ampliação das equipes de consultório na rua para atendimento das pessoas em vulnerabilidade social, no uso abusivo de álcool e outras drogas, articuladas com a Rede de Atenção Psicossocial.

60 - Incentivo às atividades de geração de renda e trabalho, com aporte de orçamento e financiamento, compreendendo que tais atividades são ao mesmo tempo uma estratégia em relação à composição da renda familiar e de possibilidades de expressão de usuários (as) e suas famílias.

61 - Garantir e orientar Estados e municípios, de acordo com as suas especificidades locais, quanto ao repasse dos recursos do Ministério da Saúde já previstos em legislação própria para a criação e implantação de Unidades de Acolhimento Adulto e Unidades de Acolhimento Infantojuvenil, ampliando e fortalecendo a rede destes equipamentos em nível nacional, reforçando sua relevância como dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial e ponto de acolhimento às demandas do uso abusivo de álcool e outras drogas e enfrentando o estigma/ preconceito à instalação destes serviços no território.

62 - Garantir a implantação e implementação de CAPS AD III em municípios que já preencham os critérios estabelecidos, vedando Comunidades Terapêuticas como campo de atividades pedagógicas, formativas e afins em todos os níveis de educação em saúde (ensino superior, médio e técnico) por serem consideradas entidades que violam os direitos humanos fundamentais e que possuem abordagens contrárias à redução de danos e à Reforma Psiquiátrica.

63 - Pelo incentivo à criação de Fóruns Municipais intersetoriais de Políticas Públicas de álcool e outras drogas, que contemplem a discussão acerca da criminalização do uso e do encarceramento crescente de pessoas usuárias, em sua maioria pretos e pobres, sobretudo após a Lei 11.346/2006. Criação de dispositivos de comunicação popular para esclarecimento da sociedade a respeito da redução de danos como possibilidade de ajuda aos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, inclusive, as lícitas. Garantir acompanhamento intersetorial integral às pessoas em situação de rua, que apresentem transtorno mental e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, através de uma política de saúde integral, levando em conta as especificidades dessa população, particularmente a de não ter território definido, com atendimento e acompanhamento garantidos aos usuários e aos seus familiares, incentivando o controle social das ações. Pensar na reparação em políticas que pretendem legalizar substâncias químicas; revertendo o imposto para políticas de redução de danos, dessa forma utilizando para a incorporação, inclusão, inserção e reintegração da população vulnerabilizada.

64 - Criar a Política Nacional de Redução de Danos e implementar programas com foco em Redução de Danos para população em situação de rua.



65 - Ampliar e consolidar a implantação de Consultórios na Rua, considerando a atuação em tempo integral, priorizando em toda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) as políticas de Redução de Danos.

66 - Implantar e Capacitar as equipes dos CAPS em ações sobre redução de danos garantindo que as pessoas em uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas tenham acesso às estratégias do Programa de Redução de Danos e a criação de programas de avaliação para promoção, prevenção e tratamento existentes na área de álcool e outras drogas, estabelecendo e implantando ações preventivas ao uso abusivo de drogas, de forma intersetorial (cultura, arte, lazer, esporte, educação, emprego e geração de renda), bem como o tratamento e a reabilitação do (a) usuário (a) de álcool e outras drogas, em parceria com as secretarias de: assistência social (CREAS, CRAS), saúde, educação e segurança pública afim de dirimir a não acarretarão do trabalho extrapolado do trabalhador (a).

67 - Implementar a redução de danos como política pública de saúde e atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e fechamento das comunidades terapêuticas.

68 - Assegurar e fiscalizar a implementação do Imposto Seletivo que incidirá sobre produtos que causam danos à saúde, em especial os produtos derivados de tabaco, bebidas alcoólicas e ultra processados, tendo em vista os impactos na atenção à saúde mental e sua relação com as CCNTs e o aumento do consumo dessas substâncias durante a pandemia de COVID-19, bem como pelo elevado ônus do uso nocivo de álcool, tabaco e outras drogas para o sistema de saúde brasileiro. Recomenda-se que essa arrecadação seja utilizada para ampliar o financiamento da RAPS, em especial para ampliar a rede de CAPS e Unidades de Acolhimento Transitório (UAT), sendo priorizados os municípios com maior prevalência de adoecimento psíquico, decorrente do uso nocivo destas substâncias psicoativas.

69 - Implementar medidas regulatórias que restrinjam a veiculação de propaganda de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas em redes de televisão aberta, rádio e mídias sociais, tendo em vista a sua intrínseca relação com as CCNTs e os custos elevados da morbimortalidade atribuída ao consumo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas ao sistema de saúde. A legislação brasileira ainda é falha e deficitária, pois proíbe apenas a propaganda de bebidas com teor alcoólico acima de 13 graus Gay Lussac, permitindo que as propagandas de cervejas possam ser veiculadas livremente na TV aberta.

70 - Garantir profissionais de redução de danos nos contratos de trabalho dos serviços implantados.

71 - Garantir a política de Redução de danos como norteadora das práticas de cuidado com crianças, adolescentes, adultos e idosos nas ações individuais e coletivas considerando seu contexto socioeconômico e cultural e populações vulnerabilizadas em todos os níveis de atenção. Fortalecimento da política de redução de danos por meio do desdobramento de ações e políticas de sensibilização junto a sociedade, contrapondo ao ideário da guerra as drogas e abstinência.



72 - Fortalecer e ampliar os programas de prevenção ao uso/abuso de álcool e outras drogas retomando os princípios da Política Nacional de Redução de Danos no tratamento das pessoas com transtorno mental decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, promovendo a integralidade e intersetorialidade na atenção a usuários e familiares e respeitando às singularidades socioculturais de cada grupo. Garantir investimentos em programas Intersetoriais com foco em redução de danos, visando garantir moradia, tratamento e trabalho.

73 - Adotar a estratégia da redução de danos como orientadora de ações e políticas voltadas às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas e o tratamento em liberdade, assegurado nos serviços substitutivos da atenção psicossocial, em contraposição às internações em comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos; convocando a sociedade a um amplo debate sobre a necessária legalização e regulamentação de todas as drogas, tendo em vista os efeitos nefastos que a chamada “guerra às drogas” propiciaram, tais como o aumento da violência urbana e do encarceramento em massa de jovens negros e periféricos.

74 - Revogar imediatamente a Resolução nº 01/2018 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que reforça o estigma sobre as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e privilegia abordagens incoerentes com o paradigma psicossocial, e elaboração de novos documentos sobre a temática, que respeitem a singularidade e o desejo do sujeito através das práticas de redução de danos.

75 - Qualificar as equipes de saúde e fomentar ações de educação popular em saúde sobre o Uso Racional de Medicamentos, com ênfase nos psicotrópicos, a fim de alertar sobre as consequências do uso indevido e fornecer o suporte adequado aos usuários, por meio de uma abordagem interdisciplinar, incluindo as práticas integrativas como forma de cuidado complementar.

76 - Efetivar a Política de Redução de Danos, realizando diagnóstico situacional e pesquisas científicas para subsidiar as intervenções e revogar urgente a Política de Combate às drogas - Decreto n. 9.761/2019, que reforça a violência e opressão da população mais vulnerável, estimula a abstinência como principal forma de cuidado, incentiva e viabiliza a existência de tratamentos em Comunidades Terapêuticas, Hospitais Psiquiátricos, Clínicas Especializadas, Casa de Apoio e Convivência.

77 - Propiciar o amplo debate sobre a legalização e regulamentação de todas as drogas, tendo em vista os nefastos efeitos e consequências que a criminalização destas substâncias produz, sendo as mais graves o encarceramento em massa, aumento da violência urbana, dos assassinatos de jovens, pobres, negros e periféricos e o afastamento das/os usuárias/os dos serviços de saúde e adotar a lógica da redução de danos como orientador de ações e políticas voltadas às/aos usuárias/os de álcool e outras drogas, incentivando o tratamento em liberdade nos serviços substitutivos da atenção psicossocial e demais políticas públicas, ampliando os CnaR e as Unidades de Acolhimentos adulto e infantojuvenil, em oposição às comunidades terapêuticas, clínicas de reabilitação e hospitais psiquiátricos, com habilitação dos Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS AD) para melhor cuidado de usuárias e usuários, fomentando a criação de uma cultura tolerante e respeitosa de cuidado às



pessoas em uso prejudicial de drogas em oposição às abordagens centradas na exigência da exclusividade da abstinência.

78 - Expansão dos serviços de acolhimento noturno e/ou final de semana para usuários (as) com problemas relativos ao álcool e outras drogas exclusivamente na Rede SUS que sejam públicos, estatais, laicos e prezem pelo cuidado em liberdade e redução de danos, parando de estimular as comunidades terapêuticas.

79 - Garantir que os recursos públicos nas esferas federal, estadual e municipal destinados à população que faz uso abusivo de álcool e/ou outras drogas sejam direcionados somente aos serviços de base territorial, que trabalham sob a lógica da Redução de Danos, regulamentando o agente redutor de danos como profissional da equipe mínima dos serviços de base territorial e comunitário, e o cuidado em liberdade, de acordo com os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira e do SUS, jamais para comunidades terapêuticas e repudiando qualquer parceria com comunidades terapêuticas, investindo, financiando e implementando os serviços de Atenção Psicossocial antimanicomiais e antiproibicionistas com supervisão clínico territorial, tais como CnaR, Centro de Convivência e Cultura, CAPSi, CAPSi III, CAPS II, CAPS AD, CAPS III, CAPS AD III, UAA/UAI, SRT e NASF.

Subeixo C - Saúde mental na infância, adolescência e juventude: atenção integral e o direito à convivência familiar e comunitária

80 - Garantir previsão orçamentária dentro das políticas de Saúde Mental do Ministério da Saúde disponibilizando o acesso Cannabis medicinal e demais terapias complementares em centros especializados de tratamento para o público infantojuvenil, tendo em vista a eficácia já comprovada do potencial terapêutico dos canabinoides em diversas patologias (neurológicas e psiquiátricas) que acometem este grupo em específico.

81 - Implantar e garantir nas escolas o apoio psicossocial de crianças e adolescentes por psicólogas escolares assegurando suporte necessário as professoras na perspectiva da promoção da saúde mental na infância, adolescência e juventude a partir da prevenção e atenção integral no desenvolvimento humano dos estudantes. A atuação deve ser feita de maneira integrada com atenção primária, CAPS da região.

82 - Instituir a Política Nacional de Saúde Integral das Juventudes, contemplando um eixo de atuação em torno da Saúde Mental, articulada de forma transversal às linhas de cuidado, que serão definidas, de modo a contemplar os diversos corpos, práticas, existências, implicações quanto ao local (território) de moradia, as questões de raça e etnia, as implicações de classe social, identidade de gênero e orientação sexual, deficiência, pessoas intersexo, assexuais, pansexuais e não binárias, população em restrição de liberdade, em situação de rua, de forma transversal.

83 - Garantir financiamento e oferta de atendimento psicológico humanizado e pautado nos princípios da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no ambiente escolar aos estudantes da rede pública de educação básica, da educação especial, da educação profissional técnica de nível médio, principalmente diante de conflitos familiares/conjugais, sociais, econômicos, psíquicos, educacionais e existenciais que afetam a formação escolar e a saúde mental dos estudantes, familiares/cônjuges e dos



trabalhadores da educação pública objetivando o acolhimento e a redução do sofrimento psíquico, a erradicação da patologização da vida e do uso abusivo de medicamento psiquiátrico no ambiente escolar.

84 - Criar e garantir Políticas Públicas que acolham crianças e adolescentes negras e/ou LGBTQIAPNb+, na integralidade do cuidado, bem como aquelas com dificuldade de relacionamento e aceitação parental, em todos os serviços públicos de Saúde, Educação, Assistência Social, Proteção Integral e Garantia de Direitos, principalmente quanto às questões de abandono, desproteção social e às interseccionalidades que potencializam situações de violências e violações, agregando estratégias de prevenção e combate a todos e quaisquer tipos de preconceito e discriminação, considerando, na proposta do cuidado, ampliar as práticas de cuidado que fortaleçam o acolhimento e inserção da família na ação do cuidado.

85 - Programas de incentivo e participação familiar nos ambientes escolares e educacionais, envolvendo família, educadores, estudantes e comunidade, em busca de troca pedagógica, construção de diálogos, debates e formações envolvendo saúde mental, aprendizagem, bullying, racismo, LGBTfobia e questões gerais de proteção social e garantia de direitos. Associando essa garantia de direitos à integralidade: arte, cultura, lazer, educação, saúde (fazendo valer a Lei 13.635/2019), esporte, alimentação etc. Assim como a criação coletiva de diretrizes e cartilhas que abordem informações gerais sobre esses temas, com linguagem adequada e acessível, e mobilização das comunidades escolares para comunicar e verbalizar de forma adequada sobre esses assuntos.

86 - Garantir melhor convivência familiar e comunitária através da garantia de acesso e gratuidade a todos os meios de transporte público, lazer, cultura e esporte; garantia de segurança e extinção da violência nas comunidades, respeito à diversidade sexual e de gênero, raça, religião e diferentes tipos de deficiência, incluindo atividades sobre saúde mental com a sociedade em geral, assim como investir em ações conjuntas entre educação e saúde nas escolas e na formação dos professores sobre o tema da saúde mental, voltado à promoção e prevenção de agravos e problemáticas centrais como o bullying e a intolerância religiosa, na direção de um entendimento que saúde mental não seja um tabu, como “saúde mental é coisa de maluco”; criando espaços de expressão, acolhimento e convivência “Pode Falar” organizado pelos estudantes.

87 - Criar espaços de lazer, de inclusão, expressão, convivência e acolhimento para jovens, e que considerem as singularidades dos grupos sociais (negros, LGBTQIA+, indígenas etc.).

88 - Jogue os seus medos na roda - Criação de rodas de diálogo, das adolescências para as adolescências, das juventudes para as juventudes, com acompanhamento de profissionais da saúde mental. A assistência, nesta proposta, teria subsídio de divulgação e de comunicação nas escolas, faculdades e associações de moradores, com vistas a alcançar o maior público possível dessa faixa etária. Se intenciona alcançar e ajudar adolescentes e jovens de comunidades vulnerabilizadas, com difícil acesso aos serviços de saúde mental.



89 - Comunicação livre e diversidade: nada para nós, sem nós - Tem-se como proposta a criação e distribuição de Núcleos estaduais e municipais, coordenados por adolescentes e jovens, como meio de pensar a saúde mental deles e delas através das artes. Os Núcleos teriam atuação nas redes sociais, na internet, podcasts, rodas de diálogo, oficinas nos bairros e comunidades vulnerabilizadas; tendo, estas atividades, como matriz do cuidado, as artes, pautada numa comunicação simples e acessível e de alcance às adolescências e juventudes vulnerabilizadas.

90 - Construção de espaços na escola para a discussão sobre a saúde mental e diversidade humana, tais como disciplinas, debates, rodas de conversa etc. Voltados aos estudantes, professores, pais e comunidade escolar.

91 - Ampliar a capacidade de atenção integral à saúde da criança e dos/das adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde com espaço de acolhimento e escuta para adolescentes que se apresentem em sofrimento emocional ou em situação de abuso de álcool e drogas. Garantindo o cumprimento da lei 13.935/19.

92 - Garantir o cumprimento de medidas socioeducativas de adolescentes e de acolhimento para crianças institucionalizadas (os) de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), incluindo as (os) egressas (os), assegurando o pleno atendimento à saúde mental no SUS público, estatal, gratuito, laico e de qualidade, conforme estabelecido na Lei 10.216/ 2001, implicando na inconstitucionalidade e ilegalidade da internação psiquiátrica compulsória de crianças e adolescentes, exigindo-se, portanto, a revisão das internações ilegais que violam diretamente os direitos humanos, e na imediata extinção das unidades criadas com esse propósito em algumas regiões do país.

93 - Garantir que o Estatuto da Criança e Adolescente seja respeitado em sua totalidade como referência aos direitos de acesso a saúde mental na infância, usando do recurso da efetivação da articulação intersetorial entre a RAPS e as unidades de ensino para maior eficácia na assistência; e, também, a ampliação da assistência as famílias/cuidadores e usuárias/os da rede.

94 - Agregar os saberes populares construídos nos territórios enquanto estratégia de cuidado em liberdade nas políticas públicas de saúde que garantam a interseccionalidade, utilizando a abordagem e prática da redução de danos para os adolescentes e jovens e seus familiares.

95 - Através do Programa Saúde na Escola, criar espaços de trabalho permanente de formação de adolescentes e jovens a respeito da importância da promoção da saúde mental, transtorno de espectro autista e outras condições de saúde mental, nos espaços de adolescentes e jovens, utilizando as práticas paulofreiriana, elaboração de materiais utilizando as linguagens e artes que representam as juventudes e divulgando em diferentes meios de comunicação, sempre em uma perspectiva antimanicomial e cuidado e liberdade.

96 - Criar um fluxo de cuidado pensando na amplitude da redução de danos em todos os equipamentos de atenção psicossocial específico para os jovens sobreviventes do cárcere e egressos do sistema prisional, envolvendo atendimento, acompanhamento e acolhimento das famílias com orientações a respeito dessa realidade.



97 - Fomentar políticas intersetoriais nos currículos escolares, com práticas paulofeirianas e de educação popular da saúde, pautando as práticas educativas para a cooperação e respeito dos direitos humanos, das diversidades de gêneros, de sexualidades, das questões raciais e étnicas, de classe e cultura de paz, como estratégias de prevenção da saúde mental e do suicídio e demais expressões da violência entre crianças, adolescentes e jovens.

98 - Promover o fortalecimento da participação no controle social das Redes de adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS em todo território nacional e de suas demandas psicossociais que favoreçam o cuidado em liberdade no campo da Saúde Mental.

99 - Fortalecer práticas e dispositivos clínicos intermediados pela linguagem, preferencialmente grupais, com a infância, adolescência e juventude, com a participação de fonoaudiólogos investindo em programas culturais, de arte e ações intersetoriais; prevenindo situações de risco, vulnerabilidade e adoecimento psíquico, privilegiando medidas que preservem a inserção na comunidade e a permanência com a família, evitando medidas socioeducativas, inclusive de restrição de liberdade garantindo o cuidado em liberdade.

100 - Fortalecer práticas e dispositivos clínicos intermediados pelas diferentes expressões da linguagem, com a participação de fonoaudiólogos, preferencialmente grupais, com a infância, adolescência e juventude, investindo em programas culturais, de arte e ações intersetoriais; prevenindo situações de risco, vulnerabilidade e adoecimento psíquico, privilegiando medidas que preservem a inserção na comunidade e a permanência com a família, evitando medidas socioeducativas, inclusive de restrição de liberdade garantindo o cuidado em liberdade.

101 - Os diagnósticos em saúde mental, incluindo o de autismo (TEA - Transtorno do Espectro Autista), devem ser feitos de forma cuidadosa e ampliada, com fundamento na intersetorialidade, em equipe multiprofissional e com proposta de reabilitação continuada prevista em Projeto Terapêutico Singular, quando necessário, sempre na lógica da Atenção Psicossocial. Nesse sentido, é necessário o fortalecimento das parcerias interministeriais e entre secretarias, visando a garantia de direitos e interesses de crianças e adolescentes, com prioridade absoluta, segundo norma constitucional, com destaque para o direito a frequentar escola na modalidade regular, com adaptações necessárias às suas necessidades, segundo preconizado na política nacional de educação na perspectiva inclusiva, em repúdio ao Projeto de Lei 3035/2020, e seus apensados, da Câmara dos Deputados, e às propostas que visam retirar o cuidado às pessoas autistas do campo da atenção psicossocial.

102 - O cuidado de crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental, incluindo as autistas, deve acontecer na lógica da Atenção Psicossocial, ratificando orientações do documento do Ministério da Saúde de 2014 (BRASIL. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014). Para isso, são necessários: a) ampliação da rede de atenção psicossocial infantojuvenil, com criação e habilitação de mais serviços CAPSi por meio da diminuição do contingente populacional necessário para esse tipo de serviço, visando sua instalação nos municípios de pequeno porte e ribeirinhos; b)



incentivos para captação de profissionais para as regiões menos populosas e distantes dos grandes centros; c) capacitação permanente dos profissionais/ equipes, seguindo as diretrizes psicossociais e antimanicomiais, especialmente no que tange a diagnóstico, propostas de cuidado e elaboração de laudos; d) ampliação e aplicação dos recursos financeiros nos serviços CAPSi, Unidade de Acolhimento Infantojuvenil e ambulatórios psicossociais que trabalhem na perspectiva ampliada; e) inserção da dança terapia como mais uma forma de trabalho/cuidado.

103 - Desenvolver Centros de Apoio Psicossocial fornecendo aconselhamento especializado e grupos de apoio, para garantir atenção à saúde mental de crianças e adolescentes trans, como forma de redução de danos e prevenção ao suicídio. Disponibilizar atendimento em saúde mental, tanto individual quanto em grupo, em todos os serviços ambulatoriais e hospitalares que atendem pessoas LGBTQIA+, em especial à população trans, para o cuidado da saúde mental e fortalecimento psíquico frente às vulnerabilidades geradas pela sociedade brasileira. Implementação de espaços multidisciplinares dedicados às especificidades da infância e adolescência trans nas unidades básicas de saúde.

104 - Criar assistência em saúde mental específica para as famílias de crianças e adolescentes trans, nas três esferas de governo, em um trabalho conjunto entre o Ministério da Saúde, em especial a Atenção Básica; o Ministério da Educação, os Conselhos Tutelares e demais órgãos pertinentes da assistência social, com objetivo de promover um ambiente de apoio, compreensão, orientação e respeito às mudanças e à realidade das crianças e adolescentes, com objetivo de reduzir o alto índice de expulsão, rejeição e violência familiar que vitimiza a população trans.

105 - Criar uma linha de cuidado, na perspectiva intersetorial e não patologizante, voltada às necessidades de crianças e adolescentes trans definindo o papel e responsabilidades entre cada nível do sistema de saúde, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e outros equipamentos de saúde pertinentes, que compreenda a atenção primária como um nível de atenção resolutivo, responsável pela coordenação do cuidado longitudinal, e não apenas como “triadora” de casos para serviços especializados. Implementar estratégias específicas para prevenir o suicídio entre crianças e adolescentes trans, incluindo linhas diretas de apoio (comunicação, financiamento, formação e provimento de recursos humanos) e serviços de prevenção.

106 - Implementar, estudar e ampliar a adoção de práticas de redução de danos em crianças e adolescentes trans, que praticam a automutilação e o "cutting" (prática de fazer cortes em partes do corpo), com o claro objetivo de entender, acolher e fornecer opções viáveis e menos danosas a esta população que utiliza destes recursos em resposta à transfobia e disforias ocasionadas pelo padrão social cisheteronormativo, que causam grandes níveis de sofrimento mental, com fomento, incentivo e financiamento do Ministério da Saúde e em execução por todas as esferas de governo. Criar rodas de conversa e grupos de apoio nas unidades de atenção primária, para debater e conhecer sobre automutilação e "cutting".

107 - Garantir que o Programa Saúde na Escola aborde os aspectos de saúde mental nas questões escolares que envolvam todo tipo de violência, violações, discriminação,



bullying e transfobia, que atingem os estudantes trans e/ou com diversidade de gênero. Visando que os profissionais da educação estejam preparados para atuar na saúde mental, prevenção e posvenção do suicídio; incluindo grupos de trabalho com atuação antibullying com toda a comunidade escolar.

108 - Promover uma formação qualificada sobre as questões de saúde mental que atravessam o desenvolvimento de crianças e adolescentes trans e/ou com diversidade de gênero para que os Conselheiros Tutelares estejam preparados para identificação de quadros de sofrimento psíquico-emocional, bem como para acolher e dar os devidos encaminhamentos às denúncias de violências, violações e negligência de gênero sofridas pela população trans infantojuvenil e/ou com diversidade de gênero. De competência do Ministério da Saúde, Ministério de Direitos Humanos e Ministério do Desenvolvimento Social.

109 - Garantir que os atendimentos nos Centros de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi)/ Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSij) estejam preparados para as especificidades das vivências de crianças e adolescentes trans e/ou com diversidade de gênero.

110 - Promover atividades de educação para crianças e adolescentes sobre diversidade sexual e de gênero, com linguagem apropriada ao nível de desenvolvimento, que incluam temas sobre saúde mental, relações abusivas, cuidados com o corpo, proteção contra a violência e abuso sexual, e respeito a diversidade corporal, de gênero e orientação sexual. Em articulação do Ministério da Saúde com Ministério da Educação, Ministério dos Direitos Humanos, Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério da Cultura, Órgãos de classe, Secretarias e departamentos das respectivas pastas em âmbito municipal e estadual.

111 - Ampliação de equipes multiprofissionais para atendimento nas escolas, hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS e UBSI), com foco na atenção primária em saúde. Atendimento e avaliação de demandas feitas por profissionais que não possuem vínculo com a escola.

112 - Garantir financiamento interministerial (Saúde e Educação) para ampliação e efetiva execução do Programa Saúde na Escola (PSE), que tem por objetivo promover saúde com ações intersetoriais e que deve ser potencializado para atuar na identificação de transtornos do neurodesenvolvimento, como autismo, TDAH, dislexia e outras psicopatologias, com temáticas de promoção de saúde mental e prevenção ao suicídio.

113 - Garantir a prioridade da atenção psicossocial de crianças e adolescentes no planejamento, implantação, implementação de políticas, ações e serviços do SUS e da RAPS, no âmbito dos Municípios, Estados e Federação, alinhadas com as normas, princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira e luta antimanicomial. Criar fluxo de acompanhamento para as crianças com necessidades em saúde mental na RAPS e implementar a criação de CAPSij em todas as regiões de saúde com vistas a fortalecer a RAPS quanto a garantia de acesso ao tratamento em saúde mental para os casos de crianças e adolescentes com sofrimento mental e/ou uso de substâncias respeitando o ECA.



114 - Fortalecer a política de saúde mental na infância, adolescência e juventude, garantindo a atenção integral e o direito à convivência familiar e comunitária. Articular junto ao Sistema de Garantia de Direitos, políticas públicas voltadas ao público infantojuvenil por meio de ações intersetoriais de cultura, artes, música e esportes; fortalecendo a atenção psicossocial e garantindo a implantação e implementação de Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis.

115 - Incluir no Programa Saúde na Escola (PSE) a saúde mental como ação prioritária. Priorizar temáticas relacionadas à Saúde Mental para crianças e adolescentes no Programa Saúde na Escola, atuando com temas relevantes como depressão, automutilação, suicídio, ansiedade, uso problemático de substâncias psicoativas, bullying, diversidade de gênero, autismo e relações étnico-raciais, com o apoio de profissionais especializados como psicólogos, psicopedagogos e assistentes sociais, fortalecendo as estratégias no segmento escolar que podem contribuir para a saúde mental, como a estratégia nacional “Mais Educação” e o “Programa Inteligentes” do Estado do Ceará, além de promover a assistência e capacitação em saúde mental aos profissionais da área da Educação.

116 - Fortalecer e garantir a integração das políticas de cultura, esporte e lazer, essenciais à atenção integral e saúde mental da infância e juventude, contribuindo na garantia de estratégias multisetoriais para promoção e prevenção na saúde mental e demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, ampliando, para isso, o PSE, efetivando a lei 13.935/19 e incluindo o combate à violência infanto-juvenil, ampliando e qualificando as ações de apoio integral aos familiares.

117 - Implantar políticas de saúde integradas com outras políticas públicas (educação, habitação, assistência social, etc.) de promoção da saúde mental, desde a primeira infância, que envolvam os diversos níveis de atenção (planejamento familiar, pré-natal, crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, pré-adolescência, adolescência, dentre outros), com ações que previnam violências, promovam saúde e a cultura de paz, práticas de cuidado e socialização compatíveis com o desenvolvimento infantil, que fortaleçam os vínculos parentais, conforme evidências e documentos da Organização Mundial da Saúde, além da implementação da educação de habilidades socioemocionais nas diretrizes da Base Nacional Comum Curricular das escolas.

118 - Promover o cuidado integral a crianças e adolescentes, rompendo com a lógica da medicalização da infância e a cultura do diagnóstico precoce, assegurando acesso, acolhimento e tratamento para crianças e adolescentes com sofrimento mental e em uso de álcool e outras drogas, por meio da criação, ampliação e fortalecimento de serviços substitutivos de base comunitária e intersetorial, com ações articuladas via matriciamento, de acordo com parâmetros territoriais e populacionais, em especial para áreas descobertas e de riscos, que garantam o atendimento prioritário de casos graves, mas também as diversas e complexas necessidades que esse público específico e suas famílias venham a demandar no campo da saúde mental, tanto nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenil (CAPSi), em unidades básicas de saúde (UBS) com equipes de saúde mental, equipes de saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família (NASF) quanto nas unidades de acolhimento infanto-juvenil (UA Infanto-Juvenil) ou em outros dispositivos substitutivos criados para essa população.



119 - Garantir o cuidado em liberdade na infância e adolescência, incluindo o CAPSi III na RAPS e implementando o núcleo de capacitação permanente no cuidado à infância, adolescência e juventude, investindo em programas culturais, de arte e ações intersectoriais, prevenindo situações de risco, vulnerabilidade e adoecimento psíquico, privilegiando medidas que preservem a inserção na comunidade e a permanência com a família, evitando Medidas Socioeducativas, inclusive de restrição de liberdade.

Subeixo D - Saúde mental no sistema prisional na luta contra a criminalização dos(as) sujeitos(as) e encarceramento das periferias

120 - Monitorar o processo de desinstitucionalização dos usuários da saúde mental internos de manicômios judiciários e acompanhar as ações governamentais e jurídicas, tais como revisão das penas, que garantam acesso aos serviços de saúde e outras formas de atenção e cuidado a essa população.

121 - Garantir atendimento psicológico às pessoas encarceradas e às pessoas egressas do sistema penitenciário, como parte da luta e possibilidade de descriminalização das pessoas vulnerabilizadas e das comunidades periféricas. Buscando assegurar atendimento e integralidade no cuidado da saúde mental de todas as pessoas, considerando a importância da saúde mental em todos os estratos da sociedade, também se estenderá a atenção psicossocial aos Agentes Penitenciários e suas famílias, reconhecendo a complexidade do ambiente em que atuam e a necessidade de cuidados para esse grupo.

122 - Garantir por Lei que as pessoas privadas de liberdade, no momento que necessitarem de cuidados em saúde, sejam conduzidas aos serviços de forma mais humanizada e as equipes de agentes carcerários sejam capacitadas para um acolhimento integral e de acordo com as políticas públicas de humanização, visando, também, a prevenção ao suicídio, considerando os índices desta prática em cárcere, bem como com vistas a garantir a integralidade no cuidado.

123 - Apoiar a implementação da Política Antimanicomial do Judiciário (Resolução CNJ/ 487/2023), garantindo recursos para contratação das Equipes de Atenção Primária (EAP), SRT e para uma reedição do Programa de Volta para Casa, de modo que os manicômios judiciários possam ser fechados até maio de 2024.

124 - Garantir que todas as pessoas privadas de liberdade e em conflito com a lei no sistema carcerário brasileiro, em especial as mulheres cis, travestis, mulheres trans e pessoas não binárias, e egressas, tenham acesso ao cuidado no SUS público, estatal, gratuito, laico, de qualidade, inclusive quando em crise, e pelo fechamento imediato de leitos em manicômios judiciários e pela ampliação de vagas em dispositivos de saúde mental de base comunitária e territorial.

125 - Garantir o fechamento de todos os manicômios judiciários de acordo com a resolução do CNJ 487, bem como garantir o processo do tratamento em rede substitutiva, promovendo políticas públicas efetivas de inclusão dos egressos dos manicômios judiciários na e por meio da rede de atenção psicossocial e economia solidária.

126 - Instituir a política de saúde mental dentro do sistema prisional.



127 - Promover a efetiva integração entre saúde mental e justiça criminal, com vistas aos cuidados em liberdade sob uma perspectiva antimanicomial, de redução de danos e de combate aos preconceitos e opressões, promovendo ações interdisciplinares para prevenir o encarceramento em massa decorrente da lei 11.343/06. Assegurar avaliação médica imediata e atendimento multidisciplinar, inclusive para prevenir e tratar sintomas de abstinência e garantir a continuidade de tratamentos em curso a (1) indivíduos, incluindo crianças e adolescentes, em contato inicial com a justiça, antes da audiência de custódia (2) pessoas privadas de liberdade e (3) egressos. Desenvolver políticas específicas para (a) evitar prisões por substâncias psicoativas, protegendo a liberdade de usuários, familiares e redes de apoio; (b) encaminhar crianças e adolescentes envolvidos com drogas para medidas protetivas, não punitivas, promovendo cuidados em liberdade com enfoque na redução de danos.

128 - Lutar pelo fechamento dos manicômios mentais e os manicômios judiciários, garantindo às pessoas usuárias o acesso à Rede de Atenção Psicossocial e aprimorar o cuidado em meio comunitário e a consolidação e ampliação de serviços substitutivos. Fechar a porta de entrada e otimizar a porta de saída dos manicômios judiciários, com a ideia de que cada leito desocupado tem que ser leito encerrado. A Rede de Atenção Psicossocial precisa fazer rede com o sistema judiciário/penitenciário e vice-versa. Agendar datas e inscrições para discutir e promover dispositivos legais e operacionais de novos protocolos para tratamento de pessoas apenadas que estão em sofrimento mental, para que tenham a oportunidade de se tratar em liberdade assistida ou monitorada pela Rede de Atenção Psicossocial, enquanto são responsabilizadas por crimes, desde que comprovados histórico de sofrimento mental, salvo caso de condenação por ato contra a vida de outrem. Para as pessoas que cumprem medidas de segurança, que já foram sentenciadas, precisam ser encaminhadas para a RAPS e não ir para manicômio judiciário.

129 - Garantir que mulheres cis, travestis, mulheres trans e pessoas não binárias, em conflito com a lei, no sistema carcerário brasileiro e egressas tenham acesso ao cuidado na RAPS, inclusive quando em crise, e que seja otimizado o fechamento de leitos em manicômios judiciários para extingui-los progressivamente.

130 - Implantar equipe multiprofissional, com autonomia de atuação, para reabilitação psicossocial no Sistema Prisional, bem como fortalecer os Programas de Atenção Integral ao/a Louco/a Infrator/a (PAILI) e de Volta Para Casa.

131 - Criar Programa de Saúde Mental e Seguridade Social para usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que compõem a população do sistema prisional e com perfil de vulnerabilidade social.

132 - Ampliar e fortalecer os Centros de Atenção Psicossocial pautados nos princípios da redução de danos e cuidado em liberdade em nível nacional e estadual. Com redirecionamento do financiamento, ampliando autonomia coletiva e individual através de uma experiência de cuidado compartilhado em grupo, tal como o modelo de cogestão utilizado no método APAC (Associação de Proteção e Assistência aos Condenados).



Subeixo E - Diversas formas de violência, opressão e cuidado em Saúde Mental

133 - Estabelecer política transversal e intersetorial para desconstrução de estereótipos, combate ao racismo, LGBTQIA+fobia, capacitismo, misoginia e feminicídio/transfeminicídio.

134 - Incentivar a educação permanente para estratégias de atendimento que compreendam a vulnerabilização social das mulheres e maior exposição à violência doméstica/ violência de gênero e em sofrimento por muitas mulheres, maioria negras, terem seus filhos vítimas de violência letal do Estado devido ao proibicionismo e a chamada “guerra às drogas”.

135 - Investir na formação e atualização profissional voltadas para o atendimento humanizado do Parto e Nascimento INCLUINDO ESPAÇOS SEGUROS DE DIÁLOGO E OUVIDORIAS para as mulheres relatarem, sem medo, experiências de violência obstétrica sofridas por elas em qualquer etapa do atendimento desde o pré-natal até o sofrimento psíquico pós-parto. Garantir formas de acolhimento para as mulheres que sofrem de depressão pós-parto com um olhar voltado para o entendimento das particularidades do sofrimento psíquico puerperal. Considerar o impacto da atenção à gestação e parto como prioridade, já que a violência obstétrica é fator de impacto relevante no puerpério para a mulher e, conseqüentemente, para o bebê. Um puerpério com baby blues acentuado/depressão pós-parto pode reverberar negativamente ao longo não somente da primeira infância, mas por toda a vida da criança e de seus familiares.

136 - Garantir Acolhimento, Cuidado e Atenção Psicossocial Humanizados e regidos pelos princípios da Luta Antimanicomial e da Lei da Reforma Psiquiátrica às pessoas em processo de sofrimento psíquico SEM A PRESENÇA DA POLÍCIA em toda a Rede de Atenção Psicossocial do SUS (RAPS) mesmo nos casos de usuários em crise/surto. Fiscalizar, capacitar, financiar e GARANTIR UMA RAPS NÃO VIOLENTA (laica, equitativa, em liberdade, de base comunitária, territorializada e sem discriminação religiosa, de gênero, de classe e de raça/etnia) com equipe multidisciplinar de referência e construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada Usuário da RAPS considerando as singularidades subjetivas, sociais, familiares, religiosas, filosóficas, existenciais e políticas de cada pessoa em sofrimento psíquico, incluindo atividades lúdicas, artístico-culturais, científicas, literárias, esportivas/físicas e de lazer; garantido atendimento de psicoterapia e de terapia ocupacional (individual e em grupo); Práticas Integrativas Complementares (PICS) e grupos de Gestão Autônoma de Medicação (GAM) com a possibilidade de participação de familiares conforme demandas de cada usuário da RAPS.

137 - Incidir junto aos Poderes Judiciário, Executivo e Legislativo para fortalecer o acesso a direitos de mães de crianças de até 12 anos e/ou com deficiência e gestantes em prisão preventiva, especialmente no que tange à garantia do direito à convivência familiar e do exercício da maternidade, para o cumprimento das previsões legais existentes, uma vez que a liberdade é fator fundamental para a promoção de saúde mental e exercício da cidadania das mulheres e das crianças.

138 - Garantir acesso aos cuidados de saúde independente da condição social ou econômica, garantida a política de cotas em todas as fases e espaços, da produção ao comércio da cannabis terapêutica e do cânhamo, integrando a política de Drogas,



visando reduzir danos e alcançar a justa reparação histórica da população discriminada, encarcerada, dependente de diversas substâncias químicas, além de outros usuários dos CAPS, promovendo a inserção da cannabis como estratégia de cuidado, buscando a autonomia dos principais atores envolvidos e sob a ótica antimanicomial e anticarcerária. Subeixos: Promover uma conscientização coletiva visando esclarecer à sociedade todo o seu potencial, não só o terapêutico, assim como os seus diversos usos na indústria e questões espirituais e ritualísticas. Essa conscientização se dará por meio de palestras com profissionais habilitados e estudiosos do assunto, em suas diversas abrangências, nos maiores espaços possíveis das comunidades, como feiras, exposições, congressos e seminários; Conceder e assegurar o direito aos pacientes de saúde mental internados em instituições hospitalares, que enfrentam condições graves ou incapacitantes de saúde, de utilizar plantas ou substâncias da espécie cannabis, mediante sua própria vontade ou com a autorização de um responsável; Assegurar reparação histórica através da implementação de política públicas na área de saúde mental, envolvendo a Cannabis, destinadas à população que historicamente sofreu as consequências da guerra às drogas, o que engloba egressos do sistema prisional e seus familiares, contribuindo dessa forma com uma abordagem mais equitativa e justa.

139 - Garantir o enfrentamento as estruturas do patriarcado e do racismo, assim como as vulnerabilidades sociais que levam as pessoas a desesperança e ao sofrimento mental, instituindo uma política de cultura de paz e o enfrentamento aos assédios.

140 - Estabelecer ações específicas entre secretarias, para proteger e garantir os direitos da pessoa que gesta e é usuária de substâncias psicoativas em qualquer faixa etária, bem como dos seus filhos, especialmente durante a gestação e o puerpério, visando assegurar que o filho não seja retirado do convívio da pessoa que o gestou.

141 - Elaborar e implementar protocolos orientadores de atenção à crise, com formação e apoio clínico e institucional dos trabalhadores em saúde para atendimento de situações de urgência e emergência em saúde mental, com a exigência que os atendimentos à crise sejam realizados por trabalhadores e trabalhadores da área de saúde mental qualificados para esse fim (e não por policiais, pois sua função é a segurança pública), bem como capacitar a segurança pública de como abordar a deficiência mental.

142 - Promover a conscientização sobre a importância do cuidado em liberdade como um direito fundamental dos cidadãos. Preparar a cidade para lidar com as diferenças e pluralidade, rompendo estigmas e avançando na autonomia e emancipação dos sujeitos. Combater qualquer forma de discriminação ou desigualdade no acesso aos cuidados em liberdade.

143 - Enfrentar a violência contra as mulheres diversas (de diferentes raças, classes, identidades de gênero, orientações sexuais, mulheres com deficiência etc.) com medidas efetivas de educação, publicidade e medidas judiciais que visem a diminuição do feminicídio, do transfeminicídio e do suicídio de mulheres cis, travestis, mulheres trans e pessoas não binárias e garantir políticas de educação interseccionais que estimulem o respeito à diversidade, contra o machismo, a LGBTfobia, a estrutura patriarcal, o racismo e o capacitismo.



144 - Assegurar o direito às maternidades/transparentalidades a todas as pessoas que gestam, principalmente usuárias da saúde mental, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, pessoas com deficiência, população preta e indígena, asseverando a todas e todes o direito de se escolher gestar ou não, em garantia do acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, considerando o planejamento familiar, a educação sexual, o abortamento legal e seguro e toda rede de cuidados necessária para pessoas nessas condições, viabilizando a guarda dos filhos e combatendo o sequestro de bebês pelo Estado, que define quem pode ou não cuidar dos filhos, baseado em princípios capacitistas, racistas, classistas e LGBTQIA+ fóbicos, através do exercício abusivo da lei.

145 - Criação de centros de acolhimento acessíveis e inclusivos para a população LGBTQIAPN+ (que inclui pessoas com deficiência) em situação de violências e vulnerabilidade, com contratação de equipe multidisciplinar qualificada para atuar em articulação com a RAPS.

146 - Descriminalizar o uso e usuários de substâncias psicoativas e usuários dos serviços de saúde mental. Extinguir práticas de repressão, abuso de autoridade e uso da força por parte de profissionais da segurança pública.

Subeixo F - Prevenção e posvenção do suicídio e integralidade no cuidado

147 - Plataforma digital para acesso a conteúdo sobre saúde mental, prevenção e informação de forma prática, interativa e didática, que inclua rede de contatos de órgãos de auxílio ou acionamento telefônico ou digital de profissionais da saúde mental (funcionamento 24h), incluindo estratégias de alcance e projeção da existência e da atuação desse dispositivo (site e aplicativo). Que essa plataforma contenha diretrizes acerca das formas adequadas de falar sobre suicídio, saúde mental, autolesão e outras questões.

148 - Garantir e incentivar a participação social das crianças, adolescentes e jovens na formulação e implementação de ações, com outros setores como a educação, saúde, assistência social, esporte, cultura, lazer, em relação à temática da saúde mental e do suicídio, na sua prevenção e posvenção, na perspectiva da promoção de saúde.

149 - Efetivar, fortalecer e promover ações de saúde mental na prevenção da automutilação e do suicídio desde a primeira infância incluindo o cuidado de posvenção a todos os impactados junto à Rede de Atenção à Saúde (RAS), de educação, Assistência Social, comunicação, imprensa, polícia, entre outras como preconiza a Lei no 13.819/2019 que instituiu a Política Nacional de Prevenção da automutilação e do suicídio. Criar o Programa de prevenção e posvenção do suicídio com a participação da família; nas três esferas de governos.



Eixo 2 - Gestão, financiamento, formação e participação Social na garantia de serviços de saúde mental

Subeixo A - Garantia de financiamento público para a manutenção e ampliação da política pública de saúde mental

150 - Garantir financiamento com aumento proporcional aos municípios que desenvolvam ações estratégicas de promoção, prevenção e reabilitação de usuários (as) de substâncias psicoativas e em sofrimento psíquico.

151 - Reverter os processos de desfinanciamento do SUS, com o fim das terceirizações e demais processos de privatização da Saúde sem comprometer o atendimento e as equipes multiprofissionais. Promover maior participação e controle social.

152 - Criar orçamento específico para a saúde mental, contratar mais profissionais para toda a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

153 - Reestruturação da RAPS com ênfase nos CAPS AD, Mental e IJ com reterritorialização, capacitação dos profissionais e revisão do financiamento para custeio e investimento.

154 - Revogar todas normativas que se contrapõem à Política de Saúde Mental Antimanicomial, com ênfase na extinção do Departamento de Comunidades Terapêuticas do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, construídas a partir do primeiro semestre de 2016 e responsáveis pela desassistência, retrocessos, desfinanciamento, privatizações e desmontes dos serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

155 - Garantir 5% do Orçamento da Saúde para Saúde Mental, com gestão e protagonismo no SUS, de acordo com a lei 10.216 e a resolução 487 do CNJ, considerando a Atenção Psicossocial e Redução de Danos, com efetivação da RAPS antimanicomial (ampliação e fortalecimento). Regulamentar trabalhadores de saúde mental que engloba cuidadoras(es) e redutores de danos. Maior número de concursos públicos/ vagas para os trabalhadores na saúde mental nas instâncias federais, estaduais e municipais.

156 - Investir e financiar os serviços de atenção psicossocial antimanicomial e antiproibicionista, como Consultório na Rua, Centros de Convivência e Cultura, CAPSi, CAPS, SRT', CAPS AD e UAA/UAI, que trabalham sob a lógica da redução de danos.

157 - Garantir a implementação das Práticas Integrativas e complementares em saúde, valorizando o saber popular, considerada a expertise por experiência no cuidado em saúde mental, articuladas à Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS).

158 - Criar e investir nos Centros de Convivência (CECOS) em cada município da federação a partir de recursos financeiros dentro da RAPS, fortalecendo, também, outras intervenções em Saúde Mental juntamente com outras estruturas pré-existentes no território, como escolas, centros comunitários de juventude e centros do idoso.

159 - Fortalecer a saúde mental na atenção básica, garantindo a manutenção dos serviços e alocação de recursos financeiros e humanos específicos em saúde mental, para novas



ações de prevenção, promoção e assistência, com foco nas novas demandas advindas da pandemia de covid-19 e garantir que serviços substitutivos sejam de caráter público.

160 - Destinar financiamento específico para a população LGBTQIAPN+ em sofrimento psíquico, ou vítimas de violência psíquica, a partir da Rede de Atenção Psicossocial, em atenção a interseccionalidades de gênero, raças, classe, infâncias e envelhecimento, pessoas com deficiências, não financiando comunidades terapêuticas e outros meios de torturas psicológicas.

161 - Realizar auditoria orçamentária e financeira na União, garantindo a qualidade destes processos (auditoria cidadã da dívida pública);] [garantir a destinação de 10% de receita corrente bruta da União para o financiamento das ações do SUS, baseado nas condições epidemiológicas e sanitárias e nos determinantes sociais da saúde, assegurando repasses financeiros em consonância com os planos federal, estaduais e municipais de saúde, observando as prioridades e necessidades das populações em âmbito locorregional, destinando 1% dos investimentos para o fortalecimento e funcionamento dos Conselhos de Saúde, através de repasses fundo a fundo.

162 - Revogar as EC nº 55 e 95 que retrata sobre o congelamento dos gastos públicos.

163 - Revogar imediatamente a EC 95/2016.

164 - Garantir e habilitar serviços de residência terapêutica conforme a Portaria 3090 de 23 de dezembro de 2021. Disponibilizar recursos federais e estaduais para auxiliar os municípios para implantação e manutenção de residências terapêuticas, e revisão da portaria no que se refere ao seu público-alvo.

165 - Ampliar e regulamentar a aplicação de recursos e estruturação dos serviços e equipamentos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de acordo com a Portaria de Consolidação GM/MS 03/2017, excluindo-se as comunidades terapêuticas, para a manutenção e ampliação do conjunto de ações de saúde mental e da rede de serviços substitutivos da RAPS, como CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e Cultura, Programa de Volta para Casa, Estratégia Saúde da Família, Consultório na Rua, Residências Interprofissionais em Saúde e Unidades de Acolhimento, em todos os componentes, obedecendo a lógica do território, dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

166 - Garantir o financiamento público para estruturação dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial por meio de programas e não apenas através de emendas parlamentares. Garantir que a ampliação e o investimento dos recursos financeiros destinados à saúde mental, independente do porte populacional, sejam feitos exclusivamente nos serviços de base territorial, tais como: Consultório na Rua, Centro de Convivência e Cultura, CAPS I, CAPSi, CAPSi III, CAPS II, CAPS AD, CAPS III, UAA/UAI, SRT, leito de saúde mental em hospital geral, NASF, Programa de Volta Para Casa, considerando a extensão territorial, para as populações vulnerabilizadas (população negra, costeira, privados de liberdade, LGBTQIA+ e PCD) e, também, para os povos tradicionais (ribeirinhos, caiçaras, quilombolas e indígenas).

167 - Garantir e ampliar os recursos e o financiamento para manutenção, ampliação e fortalecimento da RAPS na perspectiva antimanicomial, com revisão do valor de



incentivo financeiro, que desde 2011 não é reajustado. Qualificar todos os CAPS para a modalidade tipo III. Aumentar repasse para custeios dos CAPS para oferecer um serviço de qualidade e garantir os direitos preconizados na portaria Nº 336. Correção de valores devido à inflação de recursos para custeio dos CAPS. Reajustar o repasse dos recursos públicos de forma progressiva dos CAPS tipo I, tendo em vista que esses CAPS atendem todos os casos de sofrimento psíquico e dependência química, de todas as faixas etárias.

168 - Revogação imediata da Emenda Constitucional Nº 95/2016, a “emenda da morte” (congela por 20 anos as despesas dos investimentos sociais e contingenciou os recursos que financiavam a saúde mental). Garantir o financiamento da saúde mental, o reajuste da Tabela SUS e a implementação dos dispositivos da RAPS, bem como a abertura contínua do SAIPS para a inserção de propostas. Prioridade de investimentos em políticas públicas de inclusão social e cidadania, de exclusividade pública, garantindo a toda população o acesso a todos os direitos sociais e erradicação da miséria e da fome. Repúdio ao congelamento dos gastos em assistência social, saúde, educação e segurança que desconsidera as necessidades e desigualdades agravadas em situações emergenciais de saúde nacional, como a pandemia de COVID-19, e em face da crise econômica desencadeada pela pandemia de Covid 19.

169 - Garantir a regulamentação da Emenda Constitucional 29 para ampliar recursos a Área da Saúde Mental com distribuição justa das demais especialidades.

170 - Garantia de financiamento público (100% SUS) e gestão pública para a RAPS e reduzindo a participação das entidades de caráter filantrópico e privado, garantindo a saúde como Política de Estado e não de Governo nas esferas municipal, estadual e federal para implementação, custeio (com valores atualizados) e manutenção dos serviços de saúde mental no território, seguindo o princípio do cuidado em liberdade, em especial, CAPSi, CAPS I, CAPS II, CAPSIII, CAPS AD IV e CAPS AD, Centros de convivência, Oficina Terapêutica na Atenção Básica, Redução de Danos, NASF/Equipe Multiprofissional, Acompanhante Terapêutico e leitos de saúde mental em hospital geral, seguindo os princípios do SUS.

171 - Criar uma linha de financiamento federal para custeio de construção, reforma e/ou ampliação de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), manutenção das Residências Terapêuticas e Unidades de Acolhimento.

172 - Priorizar e efetivar de forma imediata junto ao Ministério da Saúde, o processo de habilitação “custeio” dos serviços da RAPS já em funcionamento nas 12 Regiões de Saúde do Estado.

173 - Ampliar os recursos destinados às políticas públicas de saúde mental, que atualmente é de 2,6% para 5%, alterando a lei 3.088 que estipula um valor fixo, para um valor variável, de acordo com a produção e a demanda de cada localidade.

Subeixo B - Formação acadêmica, profissional e desenvolvimento curricular, compatíveis à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

174 - Estabelecer parcerias entre Ministério da Educação, da Saúde e conselhos de classe para fomentar mudanças nos cursos de graduação e residência para considerar obrigatória a abordagem da temática de diversidade de gênero na infância e adolescência numa perspectiva interseccional e não patologizante.



175 - Incluir no Plano Nacional de Assistência Estudantil (Decreto 7.234/2010) atenção a permanência estudantil indígena em âmbito pedagógico, seguridade e saúde mental.

176 - Garantir previsão orçamentária para fomentar estudos desenvolvidos nas universidades, nas associações de estudos da Cannabis e associações de pacientes da Terapêutica da Cannabis, visando permitir uma política de formação continuada sobre as terapêuticas de produtos à base de Cannabis sativa L., para profissionais de saúde e usuários adultos no SUS. Subeixos: Promover a inserção na grade curricular das graduações de saúde a disciplina de Canabinologia e aplicações clínicas na saúde da população brasileira; Fomentar o conhecimento sobre a Cannabis sativa em órgãos municipais de Saúde, Cultura, Educação e Meio Ambiente através de eventos e ferramentas diversas, visando conscientizar a população sobre suas amplas aplicações na saúde, indústria, religião e entretenimento; Promover palestras nas redes pública e privada, bem como em escolas especializadas para pessoas com deficiência (PCD), com o objetivo de informar o público em geral sobre os diversos benefícios que a Cannabis sativa tem demonstrado na mitigação de diversas patologias.

177 - Incluir nas grades curriculares acadêmicas de todas as Instituições de Ensino Superior uma formação humana integral voltada para a promoção em saúde mental e bem-estar incluindo o paciente com sofrimento psíquico e seus familiares, além da construção de um observatório sobre saúde mental no ensino superior.

178 - Garantir a formação em Saúde Mental para os trabalhadores da saúde e ampliar as Residências Multiprofissionais em saúde mental para todas as regiões.

179 - Incluir nos projetos pedagógicos de graduação e pós-graduação em saúde conteúdos sobre luta antimanicomial, atenção psicossocial e interseccionalidade e saúde mental no SUS, incluindo discussões sobre a RAPS e matriciamento, bem como sobre combate a toda e quaisquer forma de preconceito, discriminação, racismo, etarismo, capacitismo e LGBTfobia.

180 - Articular, desenvolver e realizar pesquisas científicas sobre a relação entre TEA e transgeneridade e entre TDAH e transgeneridade, com a criação de grupos de pesquisa científica, fomento, incentivo e financiamento do Ministério da Saúde e em execução por todas as esferas de governo, em uma perspectiva não patologizante, na visão de correlação e não de causalidade, para criação de condutas e protocolos específicos que integrem as intersecções de vivência dessas crianças e adolescentes trans.

181 - Implementar políticas que assegurem durante a formação acadêmica e profissional continuada o apoio econômico para desenvolvimento curricular que vise a saúde mental implementada na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) expressa na Portaria de Consolidação nº3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

182 - Implementar uma Política Nacional para que as universidades instalem uma Comissão Psicossocial, com prestações de atendimentos psicológicos, oferecendo psicoterapias de forma online ou presencial no âmbito universitário, tendo um responsável técnico por unidade aderida ao programa e de forma contínua.

183 - Assegurar o financiamento do Ministério da Saúde e dos demais órgãos públicos de fomento à pesquisa para investigações a respeito da relação entre saúde mental e



CCNTs, tendo em vista que a epidemiologia da saúde mental no Brasil ainda é incipiente, especialmente entre populações vulnerabilizadas, bem como o incentivo aos estudos sobre ações de inovação no cuidado em Saúde Mental.

184 - Articular junto ao MEC a inclusão de uma disciplina voltada para saúde mental das crianças e adolescentes. Fortalecer o diálogo entre os Ministérios da Saúde e da Educação, a fim de revisar a grade curricular das Instituições de Ensino Superior e Técnico para investir e garantir a inclusão de disciplinas obrigatórias que abordem, em profundidade, as políticas públicas de saúde e a saúde mental, em especial, nos cursos de licenciatura, assistência social e todos da área da saúde. Implementar e garantir a política de educação permanente em saúde no SUS, facilitando aos trabalhadores da rede de saúde mental a entrada em cursos de formação, aperfeiçoamento, técnicos, graduação e pós-graduação (lato e stricto sensu), preferencialmente presenciais, em parcerias com as universidades.

185 - Recomendar ao Conselho Nacional de Educação, que faça constar nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação, técnicos e de pós-graduação (cursos de especialização, residências médicas e multiprofissional em saúde ou área profissional de saúde) a obrigatoriedade de ofertas de estágio em serviços do SUS (Atenção Básica e Serviços Substitutivos) e do SUAS (atenção básica, especial, média e alta complexidade), que estabeleçam relação de práticas na lógica congruente aos princípios do SUS/SUAS/Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

186 - Ampliar investimentos em programas de Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase na interiorização dos programas de residências multiprofissionais em saúde mental e/ou especializações em saúde mental, incluindo a categoria dos médicos psiquiatras, configurando residência multiprofissional integrada.

Subeixo C - Controle social e participação social na formulação e na avaliação da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

187 - Assegurar a participação dos profissionais residentes no Controle Social, incluída na carga horária da residência, com a presença em espaços de debate e deliberações, de modo a preservar o Direito a exercer a cidadania e a liberdade.

188 - Garantir recepção, atendimento, acolhimento e verificação das denúncias com criação de mecanismos de efetiva notificação e resolução dos casos sem exposição ou assédio aos denunciantes. Criar ouvidorias qualificadas para que usuários tenham vez e voz no SUS, comissões, grupos de trabalho, rede de fiscalização com participação popular, com suporte do Ministério Público e Defensoria Pública dos Estados sobre estabelecimentos da RAPS e de qualquer modelo manicomial.

189 - Garantir a participação dos movimentos populares no cuidado e prevenção das doenças mentais e ampliar e assegurar a presença dos Centros de Atenção Psicossocial em áreas urbanas, rurais e territórios, garantindo o pleno funcionamento e atendimento digno das demandas das populações.

190 - Formação de um conselho gestor para garantia da qualidade dos serviços prestados à população em situação de rua com capacitação técnica para os conselheiros, estrutura física e organizacional, para os mesmos, financiado pelo erário público.



191 - Garantir, financiar e fomentar ações públicas permanentes equitativas e inclusivas de mobilização para formação política de base dos usuários da RAPS (dentro e fora da RAPS) objetivando a democratização do acesso à informação, a conscientização e organização política e a participação popular qualificada, direta e efetiva de pessoas em processo de sofrimento psíquico no controle social do SUS com direito a voz e voto nas assembleias, oficinas, palestras, exposições de arte e cultura, feiras de economia solidária e atos públicos da RAPS e nos cursos, oficinas, palestras, seminários, fóruns, feiras, exposições e congressos da saúde mental, da assistência social, dos direitos humanos, da arte, cultura, trabalho e economia solidária em parceria com as universidades públicas, com as associações, coletivos, movimentos sociais, fóruns, centros de convivência, arte, cultura e economia solidária, frentes e entidades de luta antimanicomial, assim como junto aos conselhos de saúde, defensorias e ministérios públicos em defesa da redução de estigma, da despatologização da vida e da emancipação das pessoas em situação de vulnerabilidade psicossocial no Brasil.

192 - Garantir a realização de OFICINAS DE CIDADANIA E DIREITOS SOCIAIS E HUMANOS em diferentes espaços públicos e no contexto da Saúde Mental Antimanicomial, prioritariamente em Centros de Convivência, Cultura, Arte e Economia Solidária financiados pelo SUS em todo Brasil, PARA DEBATER de forma inclusiva, dialógica e democrática TEMAS, AÇÕES sociopolíticas, artístico-culturais, de trabalho e geração de renda e INICIATIVAS POPULARES de interesse dos usuários e familiares que integram a RAPS em consonância com os princípios da Educação Popular em Saúde e da Reforma Psiquiátrica, em defesa da participação direta, com inclusão digital e condições equitativas de acesso, dos Usuários da RAPS no Controle Social do SUS para que as políticas públicas de saúde mental sejam pensadas, postas em pautas, formuladas, implementadas e avaliadas com ampla participação do ponto de vista dos usuários da RAPS e objetivando a necessária emancipação política e psicossocial das pessoas em processo de sofrimento psíquico no Brasil já há 10 anos apontada no Consenso de Brasília e a criação de Associações e Coletivos presididos por Usuários da RAPS nos diversos pontos da Rede de Atenção Psicossocial do SUS.

193 - Garantir, financiar, incentivar e efetivar mecanismos de participação popular e controle social do SUS visando a inclusão efetiva de pessoas em processo de sofrimento psíquico (com direito a voz e voto) nos espaços populares e institucionais de construção, implementação, fiscalização e avaliação de políticas públicas de saúde mental, bem como realizar discussões dentro do SUS a nível nacional, a fim de aprimorar e qualificar os serviços de saúde mental para práticas humanizadas e antirracistas.

194 - Estabelecer como instância dos serviços da RAPS, especialmente dos CAPS, o Conselho Gestor, como ferramenta de participação social dos usuários/frequentes, que democratize a gestão do serviço e a elaboração/atualização dos Projetos Terapêuticos Globais.

195 - Fortalecer e consolidar em todas as unidades da RAPS os conselhos gestores de unidades de saúde, garantindo a participação dos usuários, família e comunidade, conforme preconizado na lei 8.142/90, que regulamenta o controle social no SUS. Visando garantir a participação popular na construção, monitoramento e avaliação das ações no serviço de atenção psicossocial. Exigir que estes conselhos tenham, como uma



de suas prioridades, a garantia de funcionamento pleno da Política Nacional de Saúde Integral da população Negra, conforme a Portaria nº 992 de 2009 do Ministério da Saúde.

196 - Fortalecimento, qualificação e autonomia dos espaços de controle social e participação popular, como os conselhos gestores, fóruns, conselhos de controle social, pré-conferências, conferências e similares, sem perda de dias trabalhados e com declaração de participação. Garantir a participação de cuidadoras(es) nos espaços de controle social. Como parte de sua estratégia de fortalecimento e qualificação: Ampliação dos canais de comunicação quanto aos contratos de gestão celebrados para os trabalhadores; ampliação das iniciativas de inclusão social pela arte, cultura e geração de renda para usuários da RAPS antimanicomial e seus familiares; fortalecimento do canal de ouvidoria dos serviços aos gestores, abrindo canal nos CAPS com formulários ou internet para dar visibilidade aos problemas internos nos serviços; criação a nível nacional de um programa de suporte de pares para fortalecer do protagonismo dos usuários.

197 - Instituir uma Comissão Permanente Intersetorial para Avaliação, Revisão e Aperfeiçoamento das Políticas de Drogas, promovendo a participação do controle social, sociedade civil e movimentos sociais. Assegurar o protagonismo das pessoas que usam substâncias psicoativas na elaboração de políticas públicas, sob a perspectiva antimanicomial e antiproibicionista de forma que a participação e controle social seja transversal e plural, com base na educação popular em saúde, e garanta o envolvimento de pessoas usuárias nos processos de formulação, monitoramento, controle e avaliação das políticas públicas e intersetoriais. Estruturar políticas que promovam participação popular contínua e equânime em todas as fases das políticas para saúde mental, álcool e outras drogas, inclusive por meio de auxílios e subsídios, respeitando direitos e particularidades de grupos vulnerabilizados. Garantir participação e controle social paritário em políticas de álcool e outras drogas, com perspectivas de redução de danos e antiproibicionistas, especialmente na fiscalização de comunidades terapêuticas ou instituições segregadoras até sua extinção, em todas as esferas governamentais.

198 - Identificar, garantir e promover a participação e protagonismo das Juventudes e suas diversidades de raça, etnia, classe, gênero e sexualidade, cultural, territorial, em todos os espaços de Controle Social, especialmente a garantia da participação de jovens vivendo com deficiência e representações de povos e comunidades tradicionais no âmbito da saúde.

199 - Criar uma comissão eleita e composta por jovens usuários dos serviços de saúde mental - dentro dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde - com o objetivo de acompanhar, fiscalizar e contribuir nos processos e fluxos de atendimentos de sua região - dando amplo direito de fiscalização. A participação desta comissão garantirá o espaço desses jovens nas plenárias, reuniões e conferências com prévia divulgação. Tal divulgação deve acontecer nas escolas, fundações, movimentos, universidades e espaços culturais onde os jovens têm importante participação, fortalecendo suas falas.

200 - Incentivar a criação e apoiar Associações/organizações de Saúde Mental no fomento ao empoderamento popular na luta pelo permanente direito ao cuidado em



liberdade e participação de espaços de controle social em saúde, bem como, incentivar a criação de Associações de Usuários e Usuárias de Saúde Mental para o fortalecimento da busca por autonomia e o viver em liberdade.

201 - Criar, financiar e implementar, na esfera federal, um programa nacional de trabalhadores(as) de suporte de pares, incluindo suporte de sistematização acadêmica sobre o tema, com os respectivos desdobramentos nas esferas estadual e municipal, coordenação e supervisão em cada cidade, e coordenação específica dentro do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, de forma a incluir lideranças de pessoas usuárias e familiares com maior experiência de convívio com o sofrimento mental e com as drogas como trabalhadores de suporte de pares, devidamente contratados com vínculos estáveis e que garantam seus direitos trabalhistas, inserindo-os integralmente nas equipes dos serviços da rede de atenção psicossocial, nos quais desenvolvam acolhimento diário, visitas domiciliares, grupos de ajuda mútua, grupos de ajuda mútua de ouvidores de vozes, oficinas participativas, atividades do Comunidade de Fala, agentes de justiça restaurativa, atividades de suporte mútuo e de geração de renda e trabalho, como também favorecendo uma nova cultura de escuta e trabalho conjunto dos trabalhadores e profissionais com as pessoas usuárias e familiares.

202 - Promover a criação em cada um dos serviços de atenção psicossocial, para todas as pessoas usuárias e familiares interessadas, de oficinas, cartilhas e cursos de formação política, Direitos Humanos, estratégias de defesa de direitos e de atuação em assembleias, conselhos gestores de serviços e conselhos de saúde, estes últimos com base nos princípios do controle social do SUS, e promover a anulação de exigências específicas hoje existentes em vários conselhos municipais e estaduais de saúde do país, para que associações e coletivos de pessoas usuárias e familiares do campo da saúde mental, álcool e outras drogas só possam participar destes conselhos mediante registro formal em cartório e apresentação do respectivo CNPJ, exigência esta que não tem sustentação nas normas do Conselho Nacional de Saúde, constituindo uma violação explícita de sua Resolução 453 de 2011, e que significa uma forma clara de discriminação e de impedimento para a participação dessas associações e coletivos na base do sistema de conselhos de controle social do SUS.

203 - Por meio da qualificação dos meios de comunicação das redes de atenção psicossocial e intersetorial, garantir o fortalecimento de oportunidades de participação e controle social de usuários e familiares nos serviços CAPS, e também em congressos, eventos, Conselhos de Saúde, Assembleias etc., por meio de parcerias que garantam o custeio de transporte e alimentação.

204 - Construir estratégias para fortalecimento das associações e coletivos de usuários e familiares, solicitando o fomento e apoio das instituições do Estado, nos 3 níveis de gestão, e garantindo a fiscalização regular dos dispositivos das Redes de Atenção Psicossocial.

205 - Solicitar aos Ministérios da Saúde, Justiça, Direitos Humanos e Igualdade Racial uma audiência a respeito da situação atual da saúde mental brasileira, com destaque para: a) a necessidade de fechamento das comunidades terapêuticas; e, b) o fortalecimento dos Centros de Convivência, Trabalho, Cooperativismo e Cultura em



todo território nacional, assegurando sua implementação, financiamento e custeio, e garantindo o acesso à cultura, arte, lazer e geração de renda, em uma perspectiva integral de saúde.

206 - Estimular a organização coletiva, produzir e divulgar mais informações sobre o Controle Social e a Saúde Mental sob a perspectiva Antimanicomial, visibilizando a "loucura" e a necessidade de uma Saúde Mental Libertadora. Incentivar pessoas usuárias, trabalhadoras a participar de processos de participação popular como eleições, conselhos, movimentos sociais, associações, sindicatos, representação em cada segmento, no legislativo e executivo, com investimento em processos de formação política para pessoas usuárias e familiares da Rede de Atenção Psicossocial de forma sistematizada e regionalizada, com parceria entre rede de serviços e movimentos populares organizados.

207 - Garantir a temática de saúde mental em todas as conferências indicativas da saúde (Mulher, vigilância, Trabalhador) com recorte em redução de danos, extinguindo residências terapêuticas de cunho religioso, as quais influam na autonomia de credo aos seus (as) usuários (as).

208 - Garantir recursos e instrumentos para o monitoramento externo, pelos movimentos sociais e controle social, para que haja cumprimento da lei do Aborto Legal (Lei no.2848/1940 - Artigo 128, inciso II), aprimoramento de procedimentos, capacitação de profissionais de saúde para as melhores práticas e disponibilização de informação pública nas unidades de saúde que garantam o aborto legal.

209 - Recompôr a CNRMS (Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde) contemplando em sua representação interministerial no o segmento gestor o total de oito vagas, no segmento trabalhador o total de quatro vagas e no seguimento da base o total de doze vagas, conforme amplamente discutido pelos que compõem o Movimento Nacional das Residências em Saúde, possibilitando assim a construção de uma Política Pública representativa, com a presença do controle social e que priorize a Saúde Mental dos atores envolvidos, através de garantias de direitos, de acesso aos serviços, da promoção ao cuidado e do fortalecimento dos equipamentos do SUS com profissionais ainda mais qualificados.

210 - Garantir a participação do movimento social LGBTQIAPN+ nos Conselhos Locais, Distritais, Municipais, Regionais, Estaduais, do Distrito Federal e Nacional de Saúde, especialmente para pessoas trans, mulheres travestis e pessoas não binárias.

211 - Garantir que as conferências de saúde mental aconteçam com intervalos de quatro anos, preferencialmente no 1º ano de governo e em anos não eleitorais. Estabelecer periodicidade (4 anos) para realização das conferências de saúde mental, tendo como base a lei 8142/1990.

212 - Instituir que o Conselho Nacional de Saúde provoque, em todas as esferas, a criação de uma Comissão Intersetorial de assuntos relacionadas à saúde mental, composta por profissionais afins da saúde, educação, assistência social, esporte, cultura e segurança.



213 - Revogar toda normativa que se contrapõe aos Princípios Antimanicomiais e Antiproibicionistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, para consolidar os avanços da Política Pública de Saúde Mental e fortalecer os movimentos sociais organizados que buscam assegurar e ampliar os direitos de cidadania para os(as) usuários(as) e seus familiares, trabalhadores(as) e gestores(as) dos serviços da rede substitutiva e lutam para revogar as normas destrutivas, instituídas desde 2016, responsáveis pela desassistência, retrocesso, desfinanciamento, privatização e desmonte dos serviços substitutivos da atenção psicossocial brasileira. E o reestabelecimento da coordenadoria de saúde mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde.

214 - Garantir a implementação do financiamento tripartite e a ampliação de custeio dos componentes da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) para sua implantação, com fiscalização dos órgãos de controle social, para serviços de base territorial e comunitária, não manicomial, como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial - tipo I, II, III, Álcool e outras drogas - AD, Infanto-juvenil) de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, fortalecendo a RAPS, conforme Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/2017.

215 - Garantir Política de Controle Social e Participativa por meio de conferências municipais, estaduais e federal a cada 4 anos e investimento na capacitação de profissionais para atuarem nos serviços de saúde mental com atualização de práticas e saberes e afirmação dos princípios da RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira, em todos os níveis de atenção.

216 - Promover o fortalecimento de um controle social antimanicomial, através do investimento em capacitação continuada, Associações e Fóruns para o protagonismo de usuários e familiares, que assegure o cuidado humanizado e a ampliação da cidadania, implantando processos de monitoramento e controle do uso de recursos da Rede de Saúde Mental, aumentando o custeio mensal do Ministério da Saúde, para todos os dispositivos de atenção psicossocial de base territorial e comunitária (CnaR, Centro de Convivência e Cultura, CAPSi, CAPSi III, CAPS II, CAPS AD, CAPS III, CAPS AD III, UAA/UAI, SRT, leitos de saúde mental em hospital geral e NASF), cujo financiamento deve ser assegurado levando em conta critérios epidemiológicos regionais e municipais, garantindo a transparência dos gastos em saúde mental, com fluxo de informações acessíveis a toda a população e estabelecidas pelo controle social.

Subeixo D - Educação continuada e permanente para os(as) trabalhadores(as) de saúde mental

217 - Garantir, na matriz curricular das Residências, o eixo formativo em saúde mental durante todo o período da Residência, abrangendo todos os semestres e modos teórico, teórico-prático e prático, de forma transversal, como articulação prática com a RAPS e atividades terapêuticas a todos os envolvidos de acordo com a realidade situacional na qual o programa de residência se insere, respeitando as especificidades de cada população alvo.

218 - Implementar a política de educação Permanente e continuada para trabalhadores (as) da saúde em saúde mental, incluindo os profissionais da atenção básica e familiares.



219 - Efetivar política de formação em educação permanente integrada ao SUS, sistema educacional, SUAS e sociedade em geral sobre redução de danos para gestores, profissionais e prestadores de serviço. Integrar a educação/formação em redução de danos à Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) e às Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS), reconhecendo o protagonismo de quem é cuidado.

220 - Promover e construir capacitação para os profissionais de saúde sobre gênero e sexualidade a fim de ofertar acolhimento, cuidado e atenção integral à população de crianças e adolescentes trans numa perspectiva humanizada. Articular ações entre Ministério da Saúde, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social, bem como nas secretarias/diretorias/coordenadorias destas mesmas áreas temáticas nas esferas Estadual e Municipal, para propor e articular ações de formação de educação permanente para todos os profissionais que já trabalham nos serviços da rede de atenção à saúde e os que estiverem ingressando nas redes e profissionais do programa Mais Médicos.

221 - Permanente interlocução com movimentos negros e indígenas de forma a incorporar agendas pactuadas e proposições específicas como: a) Formação de rede de supervisão clínico-institucional, dentro dos preceitos da Educação Permanente, para qualificação da escuta e manejo da relação entre racismo, produção de subjetividade e processos de trabalho nos serviços da RAPS; b) Mapeamento das experiências clínico-institucionais que protagonizam um saber-fazer antirracista; c) garantia da composição das estruturas de planejamento e gestão que contemple a diversidade étnico-racial como pressuposto para o enfrentamento das desigualdades.

222 - Garantir formação e a criação de protocolos de atendimento em saúde mental nos três níveis de atenção, especialmente na primária, e integrar as políticas públicas da saúde mental com as políticas públicas de economia solidária, com protagonismo dos movimentos sociais.

223 - Garantir o investimento, tripartite, para custeio de capacitações e qualificações dos profissionais da RAPS dentro da política nacional de educação permanente com garantia de vagas para profissionais de consultório na rua e de rua.

224 - Garantir às equipes de consultório na rua e de rua espaços de formação, qualificação e educação permanentes com a temáticas escolhidas pelas próprias equipes em consonância com as políticas públicas e legislações que embasam os trabalhos destas equipes e considerando as necessidade e particularidades de cada território.

225 - Formação em saúde mental da população indígena em todo o SUS, para além da SESAI e dos DSEI. Formação de profissionais da saúde indígenas, com reconhecimento de líderes comunitários como agentes de saúde e capacitação e formação continuada destes, além de políticas de acesso e permanência como cotas, bolsas e auxílios.

226 - Realizar cursos de formação para os Servidores da FUNAI e SESAI em conjunto para conhecimento da Rede de Atenção Psicossocial e Saúde mental e bem viver na realidade dos povos indígenas, assegurando que a Educação permanente se dê de modo frequente e regular, com o objetivo de sensibilização, empoderamento para que os



profissionais técnicos possam perceber e se implicar nas ações do programa de atenção psicossocial.

227 - Criar mais residências multiprofissionais em atenção à saúde indígena, com bonificação para candidatos indígena tendo em que no Brasil só há uma, que fica no HU-UFGD.

228 - fomentar, por parte das gestões, o compartilhamento e publicação de materiais e experiências sobre políticas e ações de educação permanente em saúde, com ênfase no letramento racial, para melhor entendimento sobre os impactos da opressão e violência que sofrem grupos como LGBTQIAP+, pessoas negras, quilombolas, povos de terreiro, povos da terra, mulheres, imigrantes, indígenas, atingidos por barragem/desastres, pessoas com deficiências, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, trabalhadoras(es) do sexo, propiciando o reconhecimento de determinantes estruturais e um cuidado orientado nas perspectivas antimanicomial e de justiça social, considerando o protagonismo das pessoas envolvidas nestes processos de cuidado.

229 - Garantir que, todas as pessoas trabalhadoras da Rede de Saúde Mental e membras dos Conselhos de Saúde (Municipal, Distrital, Estadual e Nacional) tenham acesso facilitado e incentivado pelos gestores através de reserva de tempo e espaços físicos e virtuais adequados aos programas de qualificação continuada, de curta, média e longa duração, em níveis técnico e universitário, prioritariamente presenciais, que tenham como temáticas centrais as relações étnico-raciais brasileiras, os dados mais atualizados das Rede de Atenção Psicossocial de maneira interseccional dos marcadores raça/cor, gênero e classe, a importância do preenchimento do quesito raça/cor nos prontuários do Sistema Único de Saúde, o direito à autodeclaração étnico-racial, o racismo ambiental, as tradições de matriz africana como tecnologias de saúde mental, o respeito à diversidade sexual e de gênero em intersecção com a raça/cor priorizando as mulheres pretas LGBTQIAPNb+ negligenciadas no SUS nas suas particularidades, combater as barreiras de acesso à saúde mental impostas aos homens negros cis e trans, os processos de determinação social da saúde mental da população negra, o processo de desenvolvimento infanto-juvenil e o processo de envelhecimento das pessoas negras. Havendo prioridade para a oferta desses programas de qualificação em locais nos quais hajam comunidades quilombolas, povos de terreiro, povos de tradição de matriz africana ou povos correlatos que compõem a população negra, sistematizando os conteúdos de acordo com a realidade de cada localidade, com a gestão do processo pelas Escolas de Saúde Pública (ESP) e contribuição de entidades do movimento negro reconhecidas e com histórico de representação das pautas antirracistas, assim como de entidades das religiões de matriz africana. Garantir um espaço de convivência e debate entre as pessoas trabalhadoras sobre o processo de formação.

230 - Fomentar a educação permanente humanizada e de acordo com os princípios do SUS, com o fortalecimento das supervisões institucionais e apoio matricial, como critérios para o cofinanciamento; efetivar a Política de valorização das trabalhadoras/es da RAPS antimanicomial e demais Políticas Sociais, com processos de Educação Permanente e supervisão institucional, com inclusão de cuidadoras(es), acompanhantes terapêuticos e redutores de danos.



231 - Incentivar/fortalecer processos formativos e a Política de Educação Permanente junto aos trabalhadores e trabalhadoras da Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva da Educação Popular em Saúde e, também na lógica da Política Nacional de Práticas Integrativas, Populares, Ancestrais e Complementares em Saúde.

232 - Combater, de forma integrada com as respectivas entidades e movimentos sociais pertinentes, todas as formas de discriminação racial, étnica, de origem social e geográfica, de gênero, de preferências sexuais, de idade e geração nos serviços de atenção psicossocial e demais políticas sociais, por meio de códigos de ética, dispositivos de capacitação, educação permanente, discussão regular nas instâncias de participação e controle social, oferta de observatórios e ouvidorias, criação de cartilhas informativas e outras formas de comunicação social adequadas para o cotidiano dos serviços e para a linguagem e cultura específica das pessoas usuárias e seus familiares; promover oficinas sobre sexualidade, com objetivos de estimular a discussão sobre o exercício da sexualidade com responsabilidade, abordando questões de gênero e machismo, preferências e diversidade sexual; estratégias e modalidades seguras de práticas da sexualidade, prevenção de gravidez, de AIDS/infecções sexualmente transmissíveis (IST) e de violência sexual; direitos sexuais e reprodutivos; conhecer os efeitos colaterais dos medicamentos psiquiátricos sobre a sexualidade e de como lidar com isso, etc.

233 - Qualificar os Programas de Residência em Saúde Mental e Saúde da Família; efetivar e desenvolver os PET (Programa de Educação pelo Trabalho); propor estágios curriculares obrigatórios na perspectiva da saúde mental, com foco em Cuidado em Liberdade, de Base Territorial, desenvolvendo a Promoção da Saúde Mental e Inclusão Social com a inserção da Fonoaudiologia em Equipes Interprofissionais na perspectiva Interdisciplinar e dos Direitos Humanos.

234 - Incluir a supervisão de equipe como parte das ações obrigatórias no trabalho em Saúde Mental, promovendo uma maior integração na discussão e direcionamento dos casos, da relação com a rede e na proteção à saúde do trabalhador da Saúde Mental, no estabelecimento de gestão participativa, com uma comunicação ampla e inclusiva, na garantia de ambientes de trabalho dignos e livres de assédio moral, psicológico e sexual.

235 - Instituir ações afirmativas nos programas de residência médica e na área profissional em saúde, definição de cotas, isenção de taxa de inscrição, entre outras medidas.

236 - Fechamento dos Hospitais Psiquiátricos e concomitante criação das SRT e novos CAPS previstos, e fortalecimento do apoio prestado pelos Programas de Residência em Saúde - a partir da ampliação de vagas para todas as categorias profissionais e garantia de participação de residentes no processo de cuidado em liberdade na RAPS.

237 - Garantir projetos de Educação/Formação Continuada permanente nos 3 níveis de atenção, englobando temáticas como: intervenção em crise, redução de danos, matriciamento, com foco no público de usuários de álcool e outras drogas, crianças e adolescentes, pessoas em restrição de liberdade do sistema judiciário, população lgbtqi+, idosos, população negra e em situações de vulnerabilidades sociais executando tais projetos para e com residentes e servidores das Unidades de Saúde.



238 - Criação, ampliação e fortalecimento dos Serviços de Residências Terapêuticas, Centros Culturais, Centros de Convivência, Unidades de Acolhimento e Iniciativas de Economia Solidária e Geração de renda como estratégias de cuidado em liberdade junto à atuação das Residências em Saúde no fortalecimento destes serviços.

239 - Garantir que a formação dos profissionais de saúde dos Programas de Residências em Saúde seja norteadada com base nos determinantes sociais de saúde-doença, para a avaliação das pessoas em sofrimento psíquico e definição das ações de cuidado. Preconizando a garantia de verbas para educação continuada e aproximação dos programas de residência com o Programa de Saúde na Escola (PSE), com intuito de fortalecer a atenção à saúde da criança, do adolescente e de suas famílias.

240 - Contemplar, na formação de profissionais de saúde mental, cenários de aprendizagem, tanto na assistência quanto na gestão, em diferentes pontos da RAPS, desde a atenção primária aos serviços de urgência e emergência, residências terapêuticas (quando houver), garantindo a universalidade de acesso e o conhecimento da rede de cuidados.

241 - Incluir nos projetos pedagógicos dos programas de residências eixos formativos acerca das políticas e atravessamentos de populações específicas, que historicamente sofrem processos de marginalização e iniquidades, visando combater violências estruturais como o racismo, o machismo e a homofobia. Exemplos: população em situação de rua, negra, indígena, LGBTQIA+, do campo, povos tradicionais e outras conforme as características e questões de saúde mental do território.

242 - Garantir a reserva de vagas para pessoas negras, indígenas e pessoas com deficiência nos processos seletivos de residências em saúde e garantir as condições adequadas de trabalho para residentes em saúde, como por exemplo: transporte, alimentação, entre outras.

243 - Incentivar que os gestores pactuem ações que garantam a educação permanente dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial visando qualificar as práticas na perspectiva da atenção psicossocial e do cuidado em liberdade, incluindo a continuidade da formação por meio de participações em eventos, congressos, conferências, cursos, especializações e programas de pós-graduação, como parte da jornada de trabalho.

244 - Ampliar e garantir, junto aos municípios, a educação permanente na abordagem em Redução de Danos para os trabalhadores da assistência, atenção básica e saúde mental.

245 - Fomentar nos municípios ações estratégicas intersetoriais com capacitação de profissionais da saúde, educação e assistência social com infraestrutura adequada para quem esteja em sofrimento psíquico garantindo financiamento para ações de combate a campanhas midiáticas educativas/informativas com produção de material (panfletos, flyers, cartazes) acerca de drogas lícitas e ilícitas intersetorialmente com o Programa Saúde na Escola.

246 - Investir recursos financeiros em processos de qualificação profissional/educação permanente para todos os trabalhadores da RAPS, preparando estes atores para as práticas cotidianas envolvendo este novo cenário na realidade brasileira, intervindo de



forma oportuna nas situações relacionadas aos eventos e agravos associados à Pandemia.

247 - Obrigatoriedade de formação contínua e constante, com periodicidade mínima anual, para qualificação sobre diversidade de gênero e sexual infantojuvenil, destinada a todos os profissionais de saúde. Essas formações serão obrigatórias para os profissionais concursados, contratados ou terceirizados, os que já estão atuando e os que serão incorporados ao quadro de pessoal. As formações serão promovidas pelos executivos federal, estadual ou municipal, podendo ser realizadas de maneira online (via UnaSUS) ou presencial, e devem contemplar o combate à transfobia e à discriminação no atendimento da população trans infantojuvenil. Não isentando as organizações terceirizadas que porventura façam a administração dos equipamentos sobre a necessidade de formação continuada para suas equipes.

248 - Atuação humanizada, com educação permanente de profissionais de saúde e saúde mental nos territórios, orientada e realizada preferencialmente por pessoas indígenas (agentes de saúde ou pessoas indicadas pela aldeia com vínculos e afinidades culturais com a comunidade) para a construção e fortalecimento de redes de apoio e acolhimento atentas às realidades sócio-econômico-culturais e espirituais para as mulheres indígenas e suas/seus filhas/os vítimas de violência, revendo a priorização de psicofármacos e considerando as sabedorias e tecnologias ancestrais da medicina da floresta com a democratização de acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) laicas.

249 - Após a implementação da Saúde Mental nas linhas de cuidado de CCNTs, nos serviços de saúde e universidades, de forma abrangente e nas diversas regiões. Garantir um processo contínuo de educação permanente e continuada (capacitação dos profissionais envolvidos), avaliação das medidas implementadas, garantindo que as soluções possam ser aplicadas nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, de forma estruturada, organizada e interligada pelos diversos setores envolvidos.

250 - Acompanhar nas instâncias de coordenação das Residências em Saúde, o planejamento e monitoramento das ações de promoção de saúde mental, garantindo na constituição dos programas de residências a formação e a educação permanente, na perspectiva da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, combatendo toda e quaisquer formas de preconceito e discriminação, de modo a fortalecer a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade e no território, bem como financiamento público para a manutenção e ampliação da Política Pública de Saúde Mental por meio do fechamento das comunidades terapêuticas, hospitais de custódia e qualquer outro serviço que mantenha a lógica asilar e manicomial.

251 - Criar e Financiar de forma tripartite de uma Política Nacional de Residência em Saúde do qual contemple o processo de cuidado e promoção de saúde incluindo ações afirmativas de reservas de vagas para pessoas negras, indígenas, PCD, Trans, baixa renda e outras minorias; ações de assistência e permanência de residentes; incentivo financeiro para preceptores e tutores; fortalecimento dos equipamentos e serviços da RAPS o para saúde do trabalhador do qual contemple residentes; redução da carga horária; ouvidoria para denúncia de assédio e garantia de mecanismo para concursos



públicos com vagas específicas para especialistas em residência, atribuindo pontuação diferenciada e considerando a residência como experiência profissional.

252 - Fomentar, atualizar e construir novas políticas públicas, além das existentes, para que os profissionais atores das Residências em Saúde possam ter livre acesso às práticas antimanicomiais, considerando o “cuidado para quem cuida”, sendo essas possibilidades asseguradas pela criação de uma Política Nacional de Residências em Área Profissional da Saúde, ofertando o cuidado aos atores que a compõem, como também garantindo o direito à saúde e à cidadania, de modo a refletir no tipo e qualidade de atendimentos a que se prestam, tendo em vista que a qualidade do serviço prestado se relaciona diretamente às questões atuais de adoecimento, como a carga horária semanal de 60h, situações de violência e opressão, bem como a barreira para apresentação de atestados médicos, devendo o residente profissional atuar mesmo sem condições físicas e/ou mentais para tal.

253 - Fortalecer o diálogo interprofissional e intersetorial (pedagógico - assistencial - gerencial) dos programas de Residência em Saúde, para além das Instituições in loco onde ocorram os cenários de prática (incluindo gestores e Instituições de Ensino) como forma de dirimir ruídos no processo de ensino-trabalho e os impactos na saúde global dos atores das Residências.

254 - Adequar a infraestrutura no Estado e Municípios principalmente para as atividades de gestão da e na educação em saúde – salas de aulas, auditórios, bibliotecas e estação Biblioteca Virtual em Saúde, equipamentos audiovisuais, sistemas de monitoramento e avaliação das atividades de ensino (estágios, residências em saúde, qualificação), internet, refeitórios e repouso.

255 - Qualificar amplamente a formação nos programas de residência. Promover educação permanente e continuada de qualidade, baseadas nos princípios do SUS, não somente dos atores envolvidos com as Residências em Saúde, mas também da equipe que se relaciona com estes, abordando temas como interseccionalidades, diversidades de gênero, raça/etnia, sexualidade, classe e vulnerabilidades sociais, com enfoque na reforma psiquiátrica, na luta antimanicomial, na desinstitucionalização, no combate à opressão e toda e quaisquer formas discriminação. Garantir cenário de prática em Saúde Mental para as diferentes profissões da área da saúde nas equipes multiprofissionais, na perspectiva da formação interprofissional e práticas colaborativas na atenção à Saúde Mental nas Residências em Saúde, em todos os níveis de atenção.

256 - Assegurar o investimento na capacitação em Gênero, Sexualidade, Envelhecimento e atendimento às necessidades do público LGBTQIAPN+ para os profissionais de saúde, assistência social, psicologia e áreas afins, bem como garantir o apoio financeiro à formação acadêmica e educação continuada que abranjam esses tópicos no contexto da Saúde Pública.

257 - Priorizar a formação continuada dos profissionais de saúde - neste último, criando um índice de formação continuada com progressão de carreira.

258 - Ampliar e garantir a educação permanente e capacitação profissional contínua continuada, promovendo a ampliação do matriciamento com a construção de equipe em



saúde mental para atuar com as equipes da atenção primária, extensivo a toda rede intersectorial para dar suporte aos municípios, principalmente de pequeno porte.

259 - Garantir nas três esferas de governo financiamento para processos de educação permanente para as equipes de toda a RAPS, priorizando o acolhimento qualificado e humanizado, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos como diretriz ética de cuidado. Garantir, com planejamento e financiamento, a educação permanente em Saúde Mental para os profissionais da RAPS. Garantir recursos e carga horária destinada aos processos de Educação Permanente dos profissionais da RAPS com recursos nacionais. Garantir o financiamento das três esferas de Governo para investir em educação permanente para todos os profissionais das unidades de saúde que são porta de entrada, de forma que os profissionais saibam identificar e lidar com os diferentes transtornos/patologias mentais.

260 - Promover Educação permanente aos profissionais da Saúde, Educação e Sociedade, Controle Social. Realizar educação continuada, implantando política de formação para os profissionais da saúde, educação, assistência social, segurança pública e outras envolvidas na atenção em saúde mental.

261 - Garantir ações de Educação Permanente e Continuada para os profissionais de saúde nos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, e em todas as esferas de governo e que seja na perspectiva da Reforma Psiquiátrica antimanicomial e da Lei Federal Nº10.216/2001. Garantir a capacitação continuada aos profissionais da rede básica, especializada e urgência/emergência para intervir adequadamente as pessoas que estejam em sofrimento mental.

262 - Garantir a implantação e financiamento do programa para supervisão clínico-institucional, conforme Portaria GM/MS nº 1.174/2005, e educação permanente dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Atenção Primária em Saúde (APS), voltada para redução de danos, assistência humanizada e reabilitação, estendendo o cuidado para a família/comunidade. Implantar uma política de formação permanente sobre a temática de Saúde mental aos profissionais da RAPS e incluir a Supervisão Clínico e Institucional nos dispositivos da RAPS. Garantir e ampliar a destinação orçamentaria junto ao Ministério da Saúde e à Secretaria de Estado da Saúde para formação e desenvolvimento em saúde mental dos trabalhadores de todos os pontos da RAS, com investimento em formação acadêmica, educação permanente e supervisão clínico-institucional, ofertando a realização de simpósios/fóruns nas três esferas (Municipal, Estadual e Federal) periodicamente. Incentivar os mesmos pressupostos do cuidado em liberdade na grade curricular acadêmica de novos profissionais para o SUS.

263 - Organizar programa de formação, capacitação e educação permanente dos profissionais das Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, nas modalidades presencial e online, com temas relacionados às demandas específicas na área da saúde mental, contemplando o período pandêmico; efetivar a formação na estratégia de redução de danos com objetivo de ofertar no território, assegurando a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde quanto ao uso de álcool e outras drogas.

264 - Garantir o fortalecimento da educação permanente para os trabalhadores em saúde e de todos os níveis de atenção nas temáticas sociais, culturais e étnicas de cada território



de saúde, contemplando os grupos sociais LGBTQIA+, negros, quilombolas, indígenas, idosos, ribeirinhos, fronteiriços, imigrantes, pessoas em situação de rua, privados de liberdade, profissionais do sexo, usuários de drogas, pessoas com transtornos mentais e com necessidades especiais. Estabelecer e garantir recursos específicos para financiamento de formação continuada e supervisão clínico-institucionais, para aprimoramento de todos os profissionais envolvidos no atendimento em saúde mental, com ciclos no mínimo semestrais, e com incentivo à participação em congressos e eventos científicos da área.

265 - Garantir a execução de diferentes processos de educação permanente dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), investindo na especialização do cuidado comunitário. Neste sentido, estratégias diversas de educação permanente devem ser mobilizadas e garantidas, tais como: fomento de residências multiprofissional em saúde mental, residência técnica de gestão em saúde e residência médica psiquiátrica; apoio a programas de pós-graduação como foco na saúde mental; apoio a ligas acadêmicas e ações extensionistas; apoio à construção e configuração de projetos parceiros, como os previstos pelo Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-SAÚDE); apoio e fomento para a participação dos profissionais em cursos diversos; apoio à participação dos profissionais em espaços formativos não tradicionais, tais como, conselhos populares, movimentos sociais e coletivos diversos; fomento do matriciamento em saúde mental, garantindo apoio e financiamento para os processos de supervisão clínico-institucional para diferentes pontos de atenção da RAPS.

266 - Fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente e Educação continuada em Saúde no contexto da RAPS, com ênfase na qualificação da atenção e da gestão, valorização dos profissionais de saúde, inclusive em PICS (práticas integrativas e complementares em saúde).

267 - Investir em educação continuada e permanente em saúde mental, para todos os profissionais da saúde, inclusive em PICS (práticas integrativas e complementares),

268 - Promover a formação profissional continuada no cuidado em saúde mental em liberdade aos trabalhadores/as em todos níveis de formação para o SUS e instituições intersectoriais (educação, assistência social, segurança pública, trabalho, habitação, direitos humanos, etc.), articulando convênios com instituições públicas municipais, estaduais e federais de ensino e pesquisa, potencializando as grades curriculares das escolas de formação técnica e universitária com temas da Saúde Mental, fortalecendo a educação continuada e permanente, estendendo essa formação aos Conselhos de Saúde e demais órgãos de controle social no debate sobre diversidade e as formas históricas e institucionalizadas de preconceito, ofertando cuidado para a reabilitação psicossocial e sobre as diversas formas de violência como racismo, homofobia, feminicídio, machismo, violência policial e institucional, etc., com atenção à população negra, mulheres, pessoas idosas, LGBTQIA+ e pessoas em situação de rua, ribeirinhos e pescadores, reconhecendo as diferenças e respeitando as diversidades, garantindo a equidade e integralidade no acesso e no cuidado individual e coletivo.



Subeixo E - Acesso à informação e uso de tecnologias de comunicação na democratização da política de saúde mental

269 - Garantir a estruturação das RAS em todos os estados do Brasil com priorização das RAPS com adequação da estrutura física, infra estrutura logística (aquisição de equipamentos modernos e com melhor desempenho, acesso à internet através de um serviço que proporcione maior estabilidade de rede), adoção de um rede de TICs que dialoguem entre si, possibilitando assim a utilização do Prontuário eletrônico (PE) em todas as localidades, proporcionando, dessa forma, que os pacientes/usuários tenham as suas informações clínicas, exames e ou procedimentos realizados para qualquer profissional em tempo real.

270 - Criar um aplicativo institucional governamental que funcione como rede de apoio à saúde mental com acessibilidade. Aplicativo contará com ouvidoria de saúde mental com intencionalidade de perceber a problemática vivenciada pelos alunos.

271 - Monitoramento da Política Nacional garantindo transparência na prestação de contas dos repasses federais e estaduais e da contrapartida municipal, através de instrumentos específicos para acompanhar a utilização financeira dos recursos destinados à saúde mental. Criação de Prontuário Eletrônico para os CAPS que comuniquem através da RNDS e CONECT SUS, com o PEC SUS utilizados na Atenção Básica.

272 - Financiar a viabilização dos protocolos e rotinas de atendimento em saúde mental, em todas as esferas de governo, para garantia da integralidade no cuidado. Fortalecer e integrar um sistema nacional para toda rede de saúde, com acesso aos dados do usuário do serviço de saúde mental, aderindo ao prontuário eletrônico cidadão (PEC) em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, a fim de que os profissionais da saúde realizem o acompanhamento e monitoramento do tratamento (referência e contrarreferência) com a proposta de um e-SUS especializado. Investir em estrutura e tecnologia para aquisição de equipamentos de informática, por meio de recursos financeiros das três esferas de governo, proporcionando atendimento online à população, promovendo ações de capacitação e inclusão digital para usuários e equipes de saúde mental, de forma a ampliar o acesso ao cuidado em saúde, como exemplos: Possuir boa internet, computadores adequados, webcam, plataformas de atendimento (zoom e/ou outros).

273 - Formulação de políticas públicas de prevenção e conscientização acerca dos transtornos mentais para toda população, através de campanhas nacionais, inclusive nas redes sociais.

Subeixo F - Financiamento e responsabilidades nas três esferas de gestão (federal, estadual/distrital e municipal) na implementação da política de saúde mental

274 - Lutar por garantias para o financiamento público das políticas de cuidado, tanto para a continuidade dos serviços de qualidade, como na formação de trabalhadores da saúde que sejam capazes de escuta com as melhores práticas do cuidado humanizado e no acolhimento de grupos de pacientes organizados, como formas de criar ambientes saudáveis para trabalhadores/as e pacientes.



275 - Garantir e ampliar, através do Plano de Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), os recursos destinados ao planejamento, monitoramento e oferta dos serviços de cuidados à saúde mental, visando prioritariamente o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o cuidado em liberdade e o protagonismo das pessoas usuárias em seu processo de reinserção social através de diferentes formas de economia solidária, grupos de apoio mútuos e de terapia comunitária, ampliando as Unidades de Acolhimento, incluindo serviços e equipes especializadas no cuidado em saúde mental de populações quilombolas, povos de terreiro, povos de tradição de matriz africana, priorizando territórios que possuem menor alcance dos serviços do SUS, respeitando as características do território de abrangência do serviço.

276 - Reverter totalmente os processos de privatização do SUS em curso, que capturam o fundo público da saúde, realizados por meio dos modelos privatizantes de gestão - Organizações Sociais (OSs), Fundações Estatais de Direito Privado, EBSEH, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) - para a gestão pública e estatal, garantindo a não descontinuidade dos serviços, sem prejudicar trabalhadoras e trabalhadores, além da reversão da crescente contratualização de serviços hospitalares privados, ampliando e fortalecendo a rede pública de média e alta complexidade, defendendo o SUS público, estatal, sob a administração direta do Estado, gratuito, laico e de qualidade para toda população.

277 - Retirar recursos públicos ou quaisquer incentivos à construção, manutenção ou funcionamento de instituições de caráter segregador como comunidades terapêuticas, clínicas, hospitais psiquiátricos ou quaisquer outras, assim como de forças de segurança pública e do sistema de justiça criminal envolvidos nas políticas repressivas e proibicionistas e direcionar estes recursos e incentivos para a saúde pública em uma perspectiva antiproibicionista e antimanicomial, para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e ampliação de ações de cuidados em liberdade. Excluir instituições segregadoras da RAPS e Sistema Único de Assistência Social (SUAS), fortalecendo ações de redução de danos e a Política Nacional de Práticas Integrativas na Saúde/Práticas de Educação Popular em Saúde. Garantir financiamento efetivo para a implantação da RAPS em todos os níveis. Combater ações violadoras de direitos humanos e promover uma rede territorial de cuidados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e SUAS.

278 - Extinguir a gestão das Organizações Sociais no Sistema Único de Saúde, e da terceirização da prevenção e assistência à saúde.

279 - Garantir o financiamento para a implantação em todo o território nacional de CAPS do tipo III, com leitos de acolhimento noturno, serviços de pernoite, de residências terapêuticas e residências multi acolhedoras, e particularmente de Unidades de Acolhimento (UAs), capazes de acolher pessoas em situação de crise ou risco de vida por períodos mais alongados, e em todos eles, haja a devida capacitação de seus trabalhadores que inclua também temáticas voltadas para o acolhimento de pessoas em situação de rua e com uso problemático de drogas, em territórios que facilitem a inserção na comunidade com o máximo possível de segurança, com estratégias de ampla



participação dos moradores na gestão das casas e nos vários dispositivos de participação comunitária e na rede de serviços.

280 - Investir na formação profissional transferindo os financiamentos destinados às comunidades terapêuticas para a formação do SUS/Saúde Mental com ênfase nas tecnologias leves/relacionais na gestão e produção de cuidado compartilhado.

281 - Garantir financiamento para todos os níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária) sempre mantendo como premissa à inclusão de ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação destinados a pessoa LGBTQIAPN+, pautando o cuidado em liberdade, prevenindo o suicídio, contrária e não financiando nenhum tipo de ação manicomial.

282 - Suspender o financiamento de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.

283 - Garantir a participação do governo Estadual no financiamento da RAPS municipal, com o cofinanciamento dos Estados e aporte do Tesouro aos municípios em articulação com o Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais e Municipais. Ampliar e garantir financiamento público federal para o custeio, implantação e ampliação, com revisão anual dos valores repassados para os serviços substitutivos de saúde mental já existentes (CnaR, CAPS em todas as modalidades, Serviço Residencial Terapêutico, Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil, Leitos de saúde mental em hospital geral regional, serviços de urgência e emergência e equipes de saúde mental na atenção básica), reafirmando os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta antimanicomial, vetando o financiamento público para comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos. Garantir também investimento para implementação de CECCO, iniciativas de geração de trabalho e renda e a retomada do financiamento das equipes NASF e investimento em ações de redução de danos, dando especial atenção aos municípios de pequeno porte, com revisão dos critérios populacionais mínimos, numa perspectiva dos direitos humanos e do controle social.

284 - Garantir e ampliar os recursos e o financiamento para os dispositivos da RAPS, exceto Comunidades Terapêuticas e leitos de Hospitais Psiquiátricos.

285 - Garantir e assegurar dotação orçamentária junto ao Ministério da Saúde para a verba de custeio e habilitação dos CAPS, com prioridade para regiões com matriz diagnóstica de déficit de serviços substitutivos, garantindo novas implantações nessas regiões, ampliando o financiamento da saúde mental com o intuito de aumentar a oferta das equipes para a melhoria do atendimento. Ampliar recursos a nível municipal, estadual e federal para adquirir, readequar e, dar continuidade, às atividades coletivas, cuidados em saúde mental, seja na promoção quanto nos tratamentos em saúde.

286 - Assegurar aumento dos recursos financeiros federais congelados desde 2011 a todos os serviços substitutivos de saúde mental e garantir participação das demais esferas governamentais - municipal e estadual - no financiamento, com definição de percentuais de cada uma delas; assegurar, por meio de regulamentações, que o Ministério da Saúde garantirá a política de saúde mental antimanicomial, implantando processos de monitoramento e controle para o uso dos recursos, tendo seu financiamento assegurado por meio de critérios que considerem as dimensões demográficas e epidemiológicas regionais e municipais, com revisão dos valores e ampliação do rol de



procedimentos da tabela unificada do SUS, garantindo incentivo financeiro federal para manutenção da RAPS condizente com o custo real dos serviços e ações, assim como aumentar os recursos do incentivo para atenção especializada aos povos indígenas (IAE-PI). Estabelecer anualmente reajuste de valores financeiros definidos para o financiamento da RAPS nas três esferas (Federal, Estadual e Municipal), garantindo recursos para programas de prevenção e atenção para a reabilitação de usuários no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, contemplando os diferentes níveis de complexidade dos entes federativos, financiando serviços de atendimento à saúde mental, independente do porte populacional dos municípios, considerando as necessidades reais e mediante o perfil epidemiológico.

287 - Garantir a habilitação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e ampliação de recursos/orçamentos do Piso da Atenção Básica (PAB) com o devido financiamento tripartite. Garantir financiamento e custeios dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

288 - Garantir recursos para construção de prédios próprios para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Garantir recursos através do governo Federal para compra de veículo para as coordenações de saúde mental.

289 - Ampliação dos recursos financeiros nas três esferas para a política de saúde mental tais como: financiar medicamentos de alto custo para a farmácia do CAPS I; garantir financiamento na implementação da política de redução de danos para profissionais da saúde mental; financiar capacitação e investimento em programas e projetos para saúde mental da criança e do adolescente; garantir o financiamento e obrigatoriedade de supervisão clínico institucional nos serviços de saúde mental; garantir o financiamento para atenção básica, atenção especializada em saúde mental e reabilitação psicossocial da raps; reajustar os repasses federais aos CAPS; garantir habilitação de leitos em saúde mental no hospital; garantir recursos financeiros para ações e serviços em saúde mental para os municípios com população abaixo de 20 mil habitantes; aumento do financiamento para a política PNSMAD. Ampliar a equipe de saúde mental e disponibilizar cofinanciamento de recurso aos municípios.

290 - Fechar e retirar da RAPS os hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e afins. Vetar o financiamento público para as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos e qualquer instituição com característica asilar. Proibir, por parte da União, Estados e Municípios, destinação de recursos financeiros para implantação de novos hospitais psiquiátricos, bem como incremento de recursos para os ainda existentes e o repasse de recursos públicos para comunidades terapêuticas e outras instituições asilares e manicomiais.

291 - Garantir o efetivo financiamento federal para programas de promoção, prevenção, atenção e reabilitação de usuários de substâncias psicoativas contemplando os diferentes níveis de complexidade, com os devidos reajustes dos recursos repassados aos serviços de saúde mental nas três esferas, bem como sua ampliação, devendo estar compatível com as atividades e ações (aquisição de sedes próprias, atendimentos individuais, ações coletivas, oficinas, transporte, deslocamentos, dentre outras) a serem desenvolvidas em cada serviço, promovendo o cuidado em liberdade.



292 - Ampliar o custeio de todos os serviços de saúde mental, retomar por parte do Ministério da Saúde a habilitação de novos pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS e regulamentar a descentralização dos recursos de investimentos, por meio de repasse fundo a fundo, com rubrica específica e prestação de conta detalhada no Relatório Anual de Gestão, que viabilize novas edificações em lotes públicos, aquisição de veículos, alimentação, insumos e adequações na infraestrutura existente. Implantação e financiamento dos dispositivos de atenção à saúde mental, independente do número populacional, garantindo nas três esferas de governo (sendo 50% da gestão federal, 25% da gestão estadual e 25% da gestão municipal) o reajuste de recursos financeiros da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

293 - Garantir percentual mínimo de 8% nas esferas estadual e federal para o CAPS. Retorno do PAB Fixo como fator de correção das desigualdades regionais, segundo nossas especificidades: custeio Federal 50% mais 30% do Fator Amazônico, Estadual 25% e Municipal 25% para os componentes da RAPS e Implantação do CAPS Itinerante estadual para atender povos tradicionais.

294 - Instituir imediatamente incentivos financeiros específicos tripartite para a área de saúde mental, tanto para ampliação como para manutenção dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos municípios, e abertura imediata do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) para o credenciamento /implantação de novos pontos de atenção pelo Ministério da Saúde, com atualização /reajuste dos valores de incentivo (custeio mensal e implantação), integrando as Práticas Integrativas Complementares (PIC's) na RAPS, com financiamento adequado para essas duas políticas, e direcionamento de verbas conforme a Lei Federal nº 10.216/2001.

295 - Garantir a aplicação de 8% do orçamento da saúde federal e do estadual na Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº 3088/2013), bem como o reajuste anual dos valores previstos, para a manutenção e ampliação do conjunto de ações de saúde mental e da rede de serviços substitutivos da RAPS (aumento da cobertura), em todos os componentes, obedecendo à lógica do território, excluindo-se as Comunidades Terapêuticas, dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

296 - Criar política e elaborar estratégias que facilitem e ampliem a construção de centros de atenção psicossocial (CAPS I e infanto juvenis), contemplando municípios com menos de 15.000 habitantes, com garantia de financiamento do governo federal, estadual e municipal para manter a equipe técnica multiprofissional qualificada, efetiva e com carga horária específica para atenção em saúde mental, garantindo o transporte aos usuários para o acesso.

297 - Criar lei federal garantindo o aumento dos valores de financiamento da política de saúde mental para os usuários, evidenciando a responsabilidade tripartite (município, estado e governo federal).

298 - Atualizar a Política Nacional da RAPS que permita e estimule nos Estados a implantação dos CAPS III Regionais, com equipes ampliadas, condizentes com a amplitude Regional e com garantia de financiamento adequado pelo Ministério da Saúde e Cofinanciamento Estadual E inserir de forma sistemática e com melhores definições na Política Nacional da RAPS a regulamentação de implantação de consórcios ou



qualquer outra modalidade, que estimule municípios que possuem as condições de implantação de CAPS I, atraírem municípios vizinhos para o atendimento compartilhado desse equipamento especializado, garantindo um financiamento federal adequado para esse tipo de modalidade.

299 - Garantir e ampliar o financiamento nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal) no componente especializado da atenção farmacêutica para os municípios com a finalidade de garantir recursos para aquisição e manutenção dos medicamentos utilizados nos componentes da RAPS.

300 - Garantir financiamento tripartite no âmbito do SUS e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a implantação, qualificação e habilitação de leitos integrais de Atenção em Saúde Mental em Hospitais Gerais – adultos e infanto-juvenis, garantindo equipes especializadas multiprofissionais para atendimento e estabilização de pessoas em situações de crise e/ou intoxicação por álcool e outras drogas, com estratégias de Educação Permanente em Saúde Mental às equipes, em conformidade com a Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216 de 6 de abril de 2001 e Portaria nº GM/MS 148 de 31 de janeiro de 2012, Portaria e Consolidação n. 3/2017 GM/MS, anexo V (RAPS).

301 - Executar e garantir o financiamento federal compatível com o custo real dos estabelecimentos, serviços e ações de Saúde Mental que devem funcionar em conformidade com as normativas ancoradas na lei nº 10.216/2001 e com critérios populacionais e epidemiológicos, adotando como norteadores os pressupostos da reforma psiquiátrica antimanicomial, focando no cuidado em liberdade, assegurando a todos os serviços substitutivos de saúde mental o aumento dos recursos federais, congelados desde 2011 e garantir participação das demais esferas governamentais (municipal e estadual) no financiamento, com definição de percentuais de cada uma delas, através de regulamentação e garantias de que o Ministério da Saúde implante processos de monitoramento e controle para o uso de recursos.

Subeixo G - Acompanhamento da gestão, planejamento e monitoramento das ações de saúde mental

302 - Regulamentar a Profissão dos e das redutoras de danos no SUS e SUAS, focando em cuidado em liberdade e antiproibicionismo, com ampliação e garantia de recursos para formalização de escolas profissionalizantes.

303 - Criar, com a garantia de financiamento, equipamentos e serviços da RAPS em todo Brasil a partir de planejamento feito de acordo com o número de habitantes dos municípios de acordo com os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade; promover atendimento humanizado e democratizar informações sobre os direitos dos usuários da RAPS.

304 - Ampliação de categorias e quantidades de profissionais para as equipes de CAPS, para possibilitar a atuação intrassetorial entre equipes psicossociais e CNRUA no atendimento in loco das pessoas em situação de rua com transtorno mental

305 - Criar polos de distribuição de medicamentos, facilitando o acesso dos pacientes, principalmente para os que residem na zona rural e em bairros distantes do município.



306 - Ampliação do recenseamento e coleta de dados sobre a saúde mental de pessoas indígenas, incluindo aquelas em terras não demarcadas, não aldeadas e indígenas em contexto urbano, com respeito à autodeterminação, autodeclaração e contra políticas de tutela.

307 - Atualizar os parâmetros assistenciais para modalidade e tipologia de CAPS estabelecidos na Portaria de Consolidação 03/2017, de modo que as Regiões de Saúde possam reorganizar a Rede de Atenção Psicossocial e possibilitar que municípios ampliem e qualifiquem o acesso à RAPS.

308 - Elevar o Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas ao status de Secretaria Nacional, de modo que sejam ampliadas as ações de governança da Rede de Atenção Psicossocial, sobretudo as ações de apoio aos Estados e Municípios para ampliação e fortalecimento da política de saúde mental do Brasil.

309 - Realizar concursos públicos pelo Regime Jurídico Único (RJU) e da carreira pública de Estado para pessoal do SUS e contra todas as formas de precarização do trabalho, garantindo reajustes salariais dignos e política de valorização do (a) servidor (a), isonomia salarial, estabilidade no trabalho, e implantação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) e pela eliminação do limite da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com pessoal na saúde e na educação.

310 - Realizar a regulamentação da profissão das trabalhadoras cuidadoras de saúde mental, oficineiro, acompanhante terapêutico e redutores de danos, garantindo a qualificação, o acesso aos direitos trabalhistas e maior valorização das trabalhadoras, com ingresso via concurso público estatutário dos trabalhadores que compõem a Rede de Atenção Psicossocial. Antimanicomial.

311 - Reforçar e enfatizar os princípios da universalidade, integralidade e equidade no sistema de saúde, investimento financeiro na expansão dos serviços de saúde e o estabelecimento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em municípios com populações entre dez e vinte mil habitantes, visando aprimorar a qualidade e o alcance dos serviços de saúde mental, garantindo que todos os cidadãos tenham acesso a cuidados de saúde abrangentes e equitativos em suas próprias comunidades.

312 - Introduzir a categoria de trabalho de Educadores e Agentes comunitários de saúde Jovens, numa perspectiva de educação entre pares, alinhada ao Estatuto Brasileiro de Juventudes com legislação específica.

313 - Viabilizar a implantação de CAPS I, II e III, CAPS infantil, CAPS AD, residência terapêutica, unidades de acolhimento e leitos de saúde mental em hospital geral em Municípios de pequeno porte, por meio da revisão dos critérios de habilitação dos serviços, considerando critérios epidemiológicos e não só populacionais, ampliando a rede conforme as necessidades de cada município.

314 - Inserir o fonoaudiólogo nos diversos pontos de atenção da RAPS, por meio de concurso público, como facilitador dos diferentes processos de comunicação integrando as equipes multidisciplinares da RAPS, na contribuição da atenção aos sujeitos em sofrimento mental, nos diversos ciclos de vida, a partir de uma lógica pautada no cuidado e autonomia do usuário.



315 - Garantir o financiamento para implantação do CAPS tipo I para todos os municípios com população abaixo de 20 mil habitantes e ampliar o financiamento para todos os tipos de CAPS já existentes, incluindo a habilitação dos CAPS tipo III regionais em conformidade com o Plano RAPS de cada estado (com financiamento tripartite).

316 - Retirar as comunidades terapêuticas (Editar Portaria 3088/2011) como instituições aptas associadas ao destino de recursos referentes as ações de reabilitação psicossocial, uma vez que comunidades dessa natureza afastam as populações, sobretudo as mais vulneráveis, de sua territorialidade, bem como da rede de apoio familiar e comunitária associadas a ela. Desse modo, os recursos poderão ser destinados a propostas que visem geração de trabalho, renda, convivência e cultura.

317 - Ampliar os leitos de saúde mental em hospital geral, obedecendo a proporção de 1/23.000hab conforme Portaria 1101/2002.

318 - Garantir que todos os municípios possam ter CAPS tipo II (ij, II e AD) de referência com o redimensionamento das equipes mínimas, pelo critério populacional e baseado na realidade situacional das prevalências e incidências de transtornos mentais e uso de álcool e outras drogas, especificando numa nova Portaria, o número de profissionais em cada categoria nas equipes mínimas, proporcionalmente ao perfil da demanda de cada território.

319 - Aumentar o número de equipes E-MULTI na Atenção Primária, com e sem Estratégia de Saúde da Família, fortalecendo a atenção primária como ordenadora do cuidado em Saúde Mental.

320 - Realizar concursos públicos em regime estatutário para os profissionais dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, exceto hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas, readequando a quantidade de profissionais nas equipes mínimas dos dispositivos e garantindo a reposição dos profissionais que se aposentam ou são exonerados.

321 - Revogar normativas que: incluíram a Comunidade Terapêutica como integrante da Rede de Atenção Psicossocial, consideram-nas Serviços de Atenção em Regime Residencial de caráter transitório e permitem sua inscrição em editais públicos e emendas parlamentares para projetos de financiamento vinculados a elas.

322 - Empreender luta contra processo de privatização dos serviços de saúde no Brasil. Investir nas condições de trabalho dos profissionais que compõem a RAPS, garantindo concursos e plano de carreiras para os trabalhadores do SUS, com dedicação exclusiva e remuneração condizente/adequada. Criar mecanismos para exigir a correção e valorização dos salários dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial. Fortalecer a luta pela carreira no SUS como fronteira de disputa contra as privatizações neoliberais: diretrizes nacionais pactuadas com estados e municípios, com participação do Controle Social. Debater e enfrentar o contexto neoliberal que está extinguindo os direitos dos trabalhadores da saúde, e consequente banalização e desvalorização da categoria, produzindo desgaste e adoecimento no desempenho de suas funções. Repudiar e lutar contra todas as formas de privatização dos serviços de saúde e de saúde mental e dos diversos modelos de precarização do trabalho.



323 - Ampliar e fortalecer a participação social garantindo a realização de cursos, oficinas dentre outros para promoção do conhecimento na comunidade sobre direitos e deveres ao acesso dos serviços da RAPS, garantindo 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. (Norma Operacional de Assistência à Saúde/ Programação Pactuada e Integrada).

324 - Ampliar os recursos humanos com formação na atenção básica para prevenção dos problemas advindos a saúde mental garantindo verba pública visando a superação do modelo asilar e manicomial e fomentar uma rede de apoio multidisciplinar para famílias de usuários do CAPS.

325 - Aumentar mecanismos de monitoramento e avaliação do gasto público em saúde mental, visando a transparência e a eficiência na utilização dos recursos.

326 - Estruturar coleta e avaliação de indicadores epidemiológicos, a partir de marcadores sociais, para acompanhar e aprimorar a Rede de Atenção Psicossocial no SUS na perspectiva dos Direitos Humanos.

327 - Garantir a qualificação dos serviços de saúde mental da RAPS, estimulando organização de equipes contratadas via concurso público com vagas direcionadas ao cargo, e com incentivo à supervisão clínico-institucionais e com planejamento e avaliação permanente do projeto terapêutico oferecido pelos serviços.

328 - Revogar as portarias, instrutivos e políticas que considerem as comunidades terapêuticas como pontos de cuidados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), assegurando o cuidado em liberdade e com garantia dos direitos humanos fundamentais. Além disso, deve-se empoderar usuários e familiares para avaliação da qualidade e da garantia dos direitos humanos nos serviços de atenção à Saúde Mental.

329 - Assegurar o rastreamento de transtornos mentais entre pessoas com Condições Crônicas Não Transmissíveis (CCNTs), tendo em vista o maior risco de agravamento da sua condição de saúde, por meio da estratificação de risco de saúde mental, capacitando os profissionais de saúde, em especial da Atenção Primária à Saúde (APS), no rastreio e cuidado em Saúde Mental voltados para pessoas com CCNTs, fortalecendo a integralidade do cuidado. O rastreamento dos transtornos mentais entre pessoas com CCNTs pode ser realizado por meio do uso de instrumentos padronizados e adaptados culturalmente para a população brasileira. Essa estratégia é custo-efetiva, utilizada em diversos países e pode ser implementada na assistência, ensino e pesquisa.

330 - 7 - Ampliação de vagas para contratação de profissionais especialistas em saúde mental pelo Regime Jurídico único (através de concurso público), especialmente aqueles que trabalharão com crianças e adolescentes, e que essas equipes de trabalhadores/as sejam de profissionais efetivos (de carreira) com aplicação da educação permanente para manter a continuidade do tratamento atualizada e tão importante nesses casos, garantindo igualmente que todos/as os/as profissionais de saúde recebam um olhar especial para a sua saúde mental, pois cuidar de quem cuida é crucial para resultados eficientes na ponta dos serviços.



331 - Garantir, nos editais de concursos públicos, pontuação diferenciada para profissionais com formação em Residências em Área Profissional da Saúde, considerando sua carga horária elevada ao longo do período formativo, inclusive como experiência prática no SUS e para o SUS, de modo a absorver os residentes para atuação nos cenários vivenciados.

332 - Elaborar pesquisa para o subsídio de indicadores próprios das pessoas LGBTQIAPN+ com viés interseccional para a vigilância em saúde em nível municipal, estadual do distrito federal e nacional, visando a cada ente federado, gerando receita específica pela produção realizada frente a pessoa LGBTQIAPN+.

333 - Implementar e garantir a utilização dos campos de orientação sexual (lésbica, bissexual, gay, assexual, pansexual); identidade de gênero (mulher cisgênero, homem cisgênero, mulher trans, homem trans, travesti, transmasculino, não binária (designada mulher ao nascer) e não binária (designada homem ao nascer)); deficiência; identificação étnico-racial e nome social em todos os sistemas de registro existentes nos serviços de saúde (observando a inclusão das pessoas trans retificadas nos atendimentos de especialidades), fomentando a produção de dados sobre essas populações e garantindo qualidade, acessibilidade e dignidade nos atendimentos, articulando intersetorialmente as redes de educação, controle social, assistência social, emprego e renda. Assim como efetivar o acesso e garantir qualidade, acessibilidade, dignidade e acolhimento de todas as especificidades relativas às vivências de pessoas LGBTQIAPN+ e pessoas intersexo.

334 - Revogação de normas que transferem recursos e criam isenções tributárias que tiram recursos do público para o privado, garantindo a destinação dos recursos orçamentários para a criação e ampliação dos serviços substitutivos, tais como CAPS de todas as modalidades, leitos de saúde mental em hospitais gerais e serviços residenciais terapêuticos, entre outros.

335 - Revisar as portarias para o aumento da equipe mínima, contemplando-a com médico(a) com especialização em saúde mental. Instituir a obrigatoriedade de habilitação, implantação e implementação de leitos psiquiátricos no hospital geral e nos hospitais regionais com manutenção de repasse de custeio integral para atendimento de urgência e emergência em saúde mental.

336 - Publicitar dados sobre os indicadores em saúde mental, promovendo treinamentos e capacitações para as demais secretarias sobre o manejo desta população, garantindo acolhimento, cuidado em liberdade e o direito à cidadania.

337 - Ampliar a possibilidade de habilitação de leitos de acordo com o porte do hospital mais próximo do território, através da pactuação de estratégias que garantam os direitos das pessoas em sofrimento mental.

338 - Rediscutir os parâmetros de base populacional das portarias vigentes.

339 - Estruturar a assistência farmacêutica, revisando protocolos clínicos de saúde mental para acesso a medicamentos especiais, ampliando o elenco de medicamentos e as indicações diagnósticas, além do acesso, desburocratizando-o, garantindo o



financiamento e implementando programa de uso racional. Acesso imediato aos exames especiais, a fim de garantir os direitos dos usuários.

340 - Ampliação dos serviços da RAPS, incluindo CAPS, Residências Terapêuticas, implantação de leitos em Hospitais Gerais e implementação de Centros de Convivência, sendo necessário revisar e reajustar o valor de custeio, tendo como foco a implementação e melhorias de serviços territoriais e comunitários, garantindo os direitos das pessoas conforme a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial. Manter o SAIPS e o SIOPS em funcionamento permanente para inserção, construção e análises de novos serviços e qualificação de serviços já em funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Publicar a portaria de habilitação imediatamente após a aprovação no Sistema de Apoio à Implantação de Políticas em Saúde (SAIPS), com a transferência dos recursos de custeio a partir da aprovação.

341 - Garantir a implantação dos planos de ações estaduais pactuados junto ao Ministério da Saúde, de modo a garantir a ampliação de serviços e o acesso ao cuidado em liberdade dentro da Rede de Atenção Psicossocial, bem como o fortalecimento dos fluxos desta rede e garantia do apoio social ao usuário do SUS. Ampliar, qualificar e fortalecer as ações de apoio integral aos familiares dos usuários dos serviços de saúde mental e das pessoas que receberam alta de internações psiquiátricas, em articulação com serviços do SUAS, ajudando-as a lidar com as situações enfrentadas, com vistas a evitar futuras internações psiquiátricas, em respeito a legislação (a lei 10.216/2001).

342 - Garantir o caráter efetivamente público e estatal, antimanicomial e pautado na Reforma Psiquiátrica da Política de Saúde Mental, recusando todas as formas de terceirização da gestão. Garantir a realização de Concurso Público Federal, Estadual e Municipal e estabelecer uma política de contratação de profissionais, na saúde mental, por meio de concurso público, com estabilidade de emprego e direitos trabalhistas garantidos, com plano de cargos, planos de cargos, carreiras e salários adequados, a garantia de pisos salariais nacionais por nível de escolaridade e estímulo à dedicação exclusiva e a qualificação/educação permanente.

343 - Revogar imediatamente as normativas que se contrapõem à Reforma Psiquiátrica Brasileira e à Política de Saúde Mental Antimanicomial, e que, a partir de 2016, vêm legitimando graves retrocessos e desviando recursos da implantação e consolidação da RAPS. Revogar a Portaria 3588/2017, imposta sem negociação com os/as diversos/as atores/as envolvidos/as no processo de reforma psiquiátrica no país, por ferir princípios fundamentais da Política Nacional de Saúde Mental construída, como o investimento em hospitais psiquiátricos. Encerrar o funcionamento de hospitais psiquiátricos públicos, privados e de custódia restantes. Reverter os recursos e incentivos destinados às comunidades terapêuticas e destiná-los para custeio e qualificação dos CAPS implantados, e implantação de novos CAPS, revogando as portarias e marcos legais que alteram o financiamento do SUS e seu bloco de custeio, a fim de garantir que o cuidado em saúde mental tenha financiamento carimbado e seja realizado no território, em liberdade, garantindo os direitos humanos. Revogar Portaria MS nº 1.482/2016, Portaria MS nº 3.588/2017, Portaria MS nº 544/2018, Portaria MS nº 2.434/2018, Nota Técnica MS nº 11/2018, Portaria MC nº 340/2020, Portaria MC nº 69/2020, Portaria MC Conjunta nº 04/2020, Portaria MC nº 690/2021, Portaria MC nº 700/2021, Portaria



526/2022, Resolução CIT nº 32/2017, Resolução CIT nº 35/2018, Resolução CIT nº 36/2018, Decreto Presidencial nº 9.761/2019 e garantir o retorno da política de redução de danos, Resoluções CONAD nº 01/2018 e nº 03/2020, Editais da SENAD/SENAPRED nº 01/2018, nº 17/2019, EC nº 95/2016.

344 - Revogar toda a legislação de retirada de direitos sociais (EC 86/2015, EC 95/2016, a contrarreforma trabalhista - Lei 13.467/2017, a lei da terceirização - Lei 13.429/2017, EC 100/2019, EC 102/2019, entre outras). Revogar o Decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022.

345 - Atualizar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) por meio da revisão da cesta básica de medicação do campo de atenção psicossocial e diversificar o tratamento farmacológico, com aporte do governo. Aumentar o rol de medicamentos específicos de saúde mental na lista REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais), REMEME (Relação Estadual de Medicamentos Essenciais) e RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), fornecidos pelo SUS aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial. Garantir mecanismos junto às três esferas de gestão para ampliar o programa Farmácia Popular do Brasil com medicação psicotrópica, considerando o alto custo de alguns medicamentos.

346 - Criar projeto de lei que assegure a valorização profissional e melhores condições de trabalho com realização de concurso público, criação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários, incentivo à insalubridade de 40%, além do piso salarial nacional para todas as categorias profissionais que compõem as equipes da RAPS.

347 - Garantir e ampliar o acesso à medicamentos da saúde mental do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica–CEAF, contemplando os psicofármacos de alto custo, proporcionando o tratamento farmacológico adequado com atenção especial aos pacientes em situação de crise, reduzindo a burocracia na aquisição direta da medicação pela esfera governamental.

348 - Destinar os valores das penas pecuniárias das Varas Criminais do estado a serviços de saúde mental, nos termos da Res. CNJ n. 154/2012. Realizando as devidas pactuações para destinação dos bens apreendidos oriundos de crimes relacionados ao tráfico de drogas ilícitas, a serviços de saúde mental, nos termos dos art. 63 e 64 da Lei n. 11.343/2006.

349 - Ampliar as formas de financiamento e cofinanciamento da assistência farmacêutica a nível federal, estadual aos municípios estimulando o atendimento especializado ambulatorial em saúde mental, álcool e drogas, aumentando e qualificando a lista de medicações do RENAME para as demandas de Saúde Mental, diversificar o tratamento farmacológico garantindo o subsídio financeiro e considerando a qualidade de vida ao usuário.

350 - Restabelecer a ordem legal referenciada pela luta antimanicomial e referendada pela Lei 10.216/2001, retirando incentivos do cuidado asilar e das internações em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, garantindo que os recursos financeiros, humanos, materiais, tecnológicos e logísticos sejam utilizados nos serviços substitutivos que compõem a RAPS, incluindo a oferta de número adequado de leitos hospitalares de saúde mental nos hospitais gerais, com vagas planejadas de forma



regionalizada, considerando a realidade local, com regulação de leitos pelo SUS e internação em tempo oportuno, tanto para os adultos quanto para a população infanto-juvenil, pois a disponibilidade insuficiente desses serviços vêm acarretando filas gigantescas, judicialização da saúde e problemas psicossociais muitas vezes irreparáveis.

351 - Implementação de indicadores oferecidos na RAPS que garantem recursos/financiamentos por parte da união para custeio e estruturação levando em consideração aos componentes da RAPS.

352 - Rever as diretrizes da rede de atenção e ampliação de implantação de CAPS, sem critérios populacional e ou com novos critérios mais que contemple todos os municípios, partindo de uma revisão da legislação para diminuir a quantidade de população exigida para implementação do CAPS s médio prazo. Considerando os princípios do SUS e ainda a territorialidade e especificidade. Fortalecer as políticas de financiamento voltadas a Atenção Psicossocial, nas esferas municipais, estaduais e federal, com reajuste anual do repasse da tabela de recursos, flexibilizando as aberturas de CAPS, nos municípios de pequeno porte, com repasse imediato após o início do funcionamento, além de destinação de recursos financeiros. para a implantação e custeio de serviços da RAPS, revogando requisitos populacionais da Portaria de Consolidação 03/17.

353 - Reformular o critério populacional e propiciar a consideração do critério epidemiológico para a implementação de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD (Álcool e Drogas), CAPSi (infanto-juvenil), Serviço Residencial Terapêutico, UA, Consultório de Rua, promovendo a revisão da Portaria GM/MS (Ministério da Saúde Gabinete do Ministro) nº 336, de 19/02/2002, de modo a contemplar os municípios de pequeno porte e/ou isolados, considerando as especificidades dos territórios. Garantir a suficiência da oferta de serviços em conformidade com as necessidades de saúde da população. Alterar a lei no que diz respeito ao quantitativo populacional referente a implantação dos CAPS I e AD, incluindo em sua redação as modalidades de CAPS Regionalizado. Desburocratizar o sistema de habilitação e garantir cofinanciamento dos serviços.

354 - Rever os critérios exigidos para implantação dos CAPS, trocando o critério de população pelo de pacientes atendidos, tendo em vistas que pequenas cidades têm sofrido para atender todos os casos de sofrimento psíquico e dependência química, de todas as idades.

355 - Garantir que a política nacional sobre drogas seja desligada do ministério da cidadania e seja de responsabilidade do ministério da saúde.

356 - Instituir, através de Portaria do Ministério da Saúde, financiamento para implantação e custeio aos serviços substitutivos de saúde mental ainda não contemplados na Tabela SUS, como Centros de Convivência, CAPSi III e Equipes de Saúde Mental inseridas na atenção básica, com lógica territorial e de matriciamento.

357 - Viabilizar a implantação de CAPS I, CAPS infantil, CAPS AD, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral em municípios de pequeno porte, por meio da revisão dos critérios de



habilitação dos serviços, considerando critérios epidemiológicos e não só populacionais, ampliando a rede conforme as necessidades de cada município.

EIXO 3 - Política de saúde mental e os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade

Subeixo A - Intersetorialidade e integralidade do cuidado individual e coletivo da Política de Saúde Mental

358 - Potencializar as políticas intersetoriais, protocolos e estratégias territoriais, a partir das equipes multidisciplinares, que garantam as particularidades e especificidades de cada povo no território, de modo a trabalhar o bem viver a prevenção e promoção a saúde mental, construir espaços de discussão para proposição e avaliação de políticas públicas intersetoriais, nas três esferas de governo, a fim de promover a integralidade na promoção de saúde mental no território indígena.

359 - Recomendar ao Conselho Nacional de Assistência Social no que toca à Supervisão Técnica no âmbito do SUAS (Resolução Nº 6-2016) a atenção aos conceitos, regimes e práticas de conhecimentos indígenas que tratam de concepções dos grupos sobre seguridade, direitos e saúde mental em articulação aos modos como os povos indígenas concebem suas teorias do bem viver.

360 - Garantir o cumprimento do Estatuto do Idoso (Lei Federal 10.741/2003), da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei Federal 13.146/2015) e da lei que institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos das pessoas com deficiência (Lei Federal 7.853/1989), no âmbito do SUS público, estatal, gratuito, laico e de qualidade, garantindo condições dignas de vida e de cuidado em liberdade, bem como a não internação compulsória e a não restrição de liberdade das pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas.

361 - Atualizar as políticas de combate ao tráfico de drogas propondo a descriminalização dos usuários e pacientes de cannabis, além de investimento em propagandas voltadas à orientação sobre os efeitos colaterais do uso adulto, semelhante às campanhas publicitárias do cigarro sobre o preconceito e estigma. Subeixos: Criar e promover políticas públicas para disseminação do conhecimento em vários ambientes educacionais sobre as circunstâncias históricas que resultaram na criminalização da Cannabis, enfatizando as ciências sociais da criminalização que abordam a motivação real dos interesses econômicos, políticos, questões sociais e raciais. Esse entendimento oferece uma consciência histórica valiosa sobre os motivos obscuros e fundamentam a defesa na luta pela descriminalização; destacar o protagonismo do paciente no tratamento canábico como um tema basal, obrigatório e prioritário em toda e qualquer formação custeada por verba pública destinada a profissionais da saúde e educação, contratando, reconhecendo e remunerando pacientes experts como participantes indispensáveis de tais formulações e ações.

362 - Fortalecer ações intersetoriais de inclusão na interlocução com as políticas de cultura, de esporte, de educação, de assistência social, de atividades econômicas formais, a fim de radicalizar a reinserção psicossocial.



363 - Implementar uma política de sensibilização com a temática SAÚDE MENTAL nas instituições educacionais técnicas e superiores, além de comércios e fabricas com garantia de 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.

364 - Em caso de óbito, usuários(as) vinculados(as) a serviços de saúde CAPS; CNAR; Atenção Básica podem ter seus corpos reconhecidos por membros das equipes de saúde que cuidam do sujeito e que tenham cópia de documento de identidade e possam garantir que seus usuários não serão enterrados como indocumentado, mesmo que sem CAD ÚNICO, dentro da estrutura gratuita que a prefeitura oferece.

365 - Garantir às pessoas usuárias e acompanhantes o direito do passe livre e ilimitado em todos os municípios do país, nos transportes públicos urbanos municipais, intermunicipais, estaduais, e nacionais - incluindo passagens aéreas, marítimas e terrestres, de acordo com a Lei 13.146/2015, LBI (Lei Brasileira de Inclusão), Decreto Legislativo da ONU número 186/2008, Convenção sobre as Pessoas com Deficiências e com a Lei 10.216/2001.

366 - Autonomia no processo terapêutico e Projeto Terapêutico Singular: liberdade na escolha do tratamento utilizado, incluindo o uso da medicina tradicional, espiritualidade e pajelança. Independência, autonomia e liberdade para que os povos indígenas exerçam sua medicina, espiritualidade e demais práticas de saúde e bem viver. Reconhecimento da ANVISA à liberdade de uso e circulação de ervas, insumos e produtos medicinais baseados nas medicinas tradicionais indígenas.

367 - Garantir atendimento de prevenção às crises das pessoas em sofrimento psíquico e aprimorar os CAPS para que tenham realmente capacidade de atender os encaminhamentos feitos através das escolas, Centros de Saúde e outros equipamentos de educação ligados à saúde mental, fortalecendo a intersetorialidade e integralidade do cuidado individual e coletivo da Política de Saúde Mental, promovendo uma maior articulação entre os serviços de saúde mental e outras áreas, visando garantir um cuidado mais completo e humanizado às pessoas em sofrimento psíquico.

368 - Promover a saúde mental na educação, com jovens do ensino fundamental e médio. Garantir psicólogos nas escolas com atendimento não só para o aluno, mas também para acompanhar a família, caso seja necessário.

369 - Colocar em pauta a discussão sobre o cuidado de povos indígenas, quilombolas, LGBTQIAPN+ e demais populações e povos em situação de vulnerabilidade e/ou negligenciados, respeitando suas culturas e saberes ancestrais e tendo em vista o alto índice de suicídios nessas populações/povos, criando programas de acompanhamento e tratamento humanizados dentro das escolas de forma contínua, reduzindo casos graves dentro dos CAPS, sendo imprescindível uma rede de apoio contínuo e inclusão das PICS e demais saberes tradicionais, como tratamento não farmacológico.



370 - Implementar estratégias para identificar acadêmicos bolsistas mais médicos em situação de vulnerabilidade, incluindo campanhas de sensibilização e canais de comunicação e disponibilizar serviços de apoio psicossocial específicos para estudantes em vulnerabilidade, incluindo auxílio financeiro. Através de parcerias com órgãos governamentais, instituições de ensino e organizações da sociedade civil para criar programas de apoio psicossocial, incluindo auxílio financeiro, como bolsas de estudo, alimentação subsidiada e moradia estudantil.

371 - Exigir dos agentes de justiça e segurança, da rede intersetorial de serviços e equipamentos públicos e privados de proteção a crianças, adolescentes e mulheres cis, travestis, mulheres trans e pessoas não binárias, a utilização de abordagens psicossociais interdisciplinares, em articulação às redes de atenção em saúde e assistência social, incluindo a revogação da Lei de Alienação Parental (Lei nº 12.318/2010), com devida formação profissional e educação permanente de profissionais da educação básica e superior, da saúde e da segurança pública, operadores do direito, especialmente nos ambientes acadêmicos, incluindo a temática da educação sexual, combate ao estelionato sentimental e o banimento de quaisquer termos discriminatórios, patologizantes e culpabilizantes das mães como “síndrome/atos de alienação parental” e derivações, que têm servido à perpetuação de violências contra mulheres e crianças.

372 - Garantir cuidado integral e singular às mulheres idosas - cis, travestis, mulheres trans e pessoas não binárias - através de políticas inclusivas e de promoção de autonomia como centros de convivência e acesso à educação, cultura, atividades físicas e de lazer, geração de renda e acesso a benefícios sociais.

373 - Promover ações intersetoriais em saúde mental que tenham por objetivo a redução de danos, bem como reparação e inclusão social de pessoas encarceradas ou impactadas de qualquer outra forma pela política de drogas. Garantir programas e projetos públicos, especialmente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que proporcionem atenção integral à saúde, reabilitação psicossocial, cidadania e direitos humanos, priorizando segurança alimentar, moradia, renda e reconstrução de relações sociais mediante cuidados em liberdade. Garantir que estas políticas de saúde mental, álcool e outras drogas alcancem populações vulneráveis, revertendo a marginalização, promovendo educação antidiscriminatória e estratégias de inclusão social, reparando danos causados por políticas econômicas e pela falta de políticas sociais.

374 - Construir políticas públicas que integrem serviços do Sistema Único de Assistência Social às políticas de Saúde Mental para acolher, acompanhar e reabilitar pessoas em situação de rua, pensando nas especificidades de pessoas grávidas, pessoas com deficiência, famílias, crianças, pessoas negras, LGBTQIAPN+, idosos, imigrantes e todos os demais grupos e suas particularidades.

375 - Implementar políticas públicas para a moradia social que se integrem às ações e serviços da Política Nacional de Saúde Mental contemplando as especificidades das pessoas grávidas, pessoas com deficiência, famílias, crianças, pessoas negras, LGBTQIAPN+, idosos, imigrantes e todos os demais grupos e particularidades de quem está em situação de rua.



376 - Garantir acolhimento e atendimento psicossocial integral às pessoas que sofrem com transtornos mentais causados por ruídos ambientais e garantir a articulação entre os serviços de saúde, segurança, monitoramento e fiscalização responsáveis pela realização das notificações e tomadas de providências necessárias para minimizar/sanar a causa do ruído e o sofrimento psíquico decorrente destes ruídos/poluição sonoras.

377 - Integrar os serviços de assistência do Município (saúde, educação etc.), a fim de desenvolver e realizar estratégias para atender o indivíduo de maneira integral. Neste sentido, implementar serviços especializados, que promovam diagnóstico e atendimento das necessidades levantadas, assim como a inclusão do psicólogo na equipe de saúde para o tratamento de hanseníase.

378 - Criação de moradias assistidas de caráter permanente ou temporários para cuidado de pessoas com transtornos mentais severos em situação de rua que precisem de apoio contínuo de cuidados em saúde para garantia de cuidados e atividades de vida diária e fortalecendo a autonomia e reinserção social.

379 - Garantir por normas federais, estaduais e municipais, o acesso livre, sem restrições, das pessoas usuárias e familiares ao transporte coletivo urbano, intermunicipal e interestadual, rodoviário, ferroviário, marítimo e aéreo, com base em uma avaliação multiprofissional e não apenas em laudo médico, em conformidade com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências e da Lei Brasileira de Inclusão, para possibilitar sua participação integral em atividades e reuniões nos serviços e no movimento antimanicomial, bem como nos diversos recursos sociais da cidade, como componentes imprescindíveis do cuidado e do processo de reabilitação em saúde mental com liberdade; reavaliar os processos do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) nos quais numerosas pessoas usuárias de serviços de saúde mental tiveram suas aposentadorias negadas ou invalidadas indevidamente, por uma política interna explícita de redução de gastos, ou por meio de avaliação/perícias realizadas de modo superficial, ou ainda por avaliação/perícias por programas de inteligência artificial, incluindo também medidas para diminuir a atual longa fila e a longa espera para a realização das perícias.

380 - Garantir a moradia como estratégia facilitadora do cuidado em saúde mental na perspectiva da redução de danos, bem como o acompanhamento das pessoas por uma equipe multiprofissional, com avaliação das estratégias de cuidado a partir de metas a curto, médio e longo prazo com o objetivo de garantir a autonomia e independência das pessoas, de modo a garantir o acesso à moradia definitiva e à empregabilidade das intervenções sob a ótica da educação popular, do cuidado em liberdade e dos afetos.

381 - Fortalecer as Redes de Apoio Psicossocial independente do programa a que se relaciona o agente das Residências em Saúde, favorecendo o acesso universal aos recursos de saúde (como consultas, exames, psicoterapias, grupos e oficinas terapêuticas) nos locais de prática de modo gratuito, incluindo no cotidiano do trabalho momentos de cuidado e práticas integrativas e complementares em saúde para os atores envolvidos, assim como garantindo espaços de descanso nos cenários de prática tendo em vista o trabalho exercido e a carga horária demandada pelos profissionais em formação, e a necessidade de liberdade para momentos de pausa ao longo do dia.



382 - Oferecer, por meio de núcleos de apoio aos estudantes e em parceria com a rede de atenção psicossocial, o apoio emocional e social aos discentes que enfrentam desafios relacionados ao uso de substâncias, garantindo o acesso a recursos de aconselhamento e grupos de apoio.

383 - Ampliar os programas de educação em saúde mental nas redes de ensino, desde a educação básica ao ensino superior, capacitando educadores a identificar sinais de transtornos de saúde mental e a oferecer o apoio adequado encaminhando para os profissionais de saúde, quando necessário.

384 - Criar uma política institucional de promoção em saúde mental nas IES e na Educação Básica que garantam atendimento de estudantes, possibilitando redução da violência, com a criação de pontos de escuta ativa e acolhimento em saúde mental nas instituições de ensino em todos os seus níveis, particularmente no cumprimento da Lei 14.615/23 que propõe a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação.

385 - Sugerir a ampliação de núcleos de convivência, centro pop e centros comunitários fixos que possam ofertar lavagem de roupa, higiene pessoal, água potável, geração de renda e acesso à internet.

386 - Garantia de Passe Livre aos usuários da RAPS e aos residentes dos programas de saúde e saúde mental, visando o livre acesso ao serviço de saúde da RAPS e à cidade, com adendo à retirada do diagnóstico enquanto pré-requisito desse direito ao usuário, considerando em primazia o caráter de vulnerabilidade. Preconiza-se também a ampliação do direito ou a diminuição do valor da passagem ao acompanhante legal de pessoas menores de 18 anos e/ou com dificuldades de locomoção.

387 - Investir em ações de esporte para a saúde.

388 - Criar Plano Interministerial para garantia de direitos constitucionais para as pessoas em situação de rua, pautando programas de Moradia e Habitação como estratégia de promoção à saúde e promoção à saúde mental, garantindo o acompanhamento integral pelos serviços e redes, atuando também na promoção de ações e projetos no campo do trabalho e geração de renda.

389 - Atualizar a política de assistência e permanência estudantil no sentido de ofertar o cuidado integral à saúde mental de estudantes em processo de formação em saúde, garantindo a articulação entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde da rede de atenção psicossocial, no sentido de ofertar o cuidado integral à saúde mental de estudantes da área da saúde em processo de formação.

390 - Assegurar a inclusão da Saúde Mental nas linhas de cuidado de CCNTs, visando a prevenção, redução de riscos, rastreio, acolhimento e tratamentos oportunos nas perspectivas das redes de atenção à saúde. Deve-se ampliar a integração entre as linhas de cuidado de CCNTs e de Saúde Mental e, também, incluir esse tema nas diretrizes curriculares, projetos pedagógicos e ementas de disciplinas de cursos de graduação da área da saúde, visando fortalecer a integralidade do cuidado.

391 - Implementar o Programa Moradia Primeiro, garantindo a articulação com os serviços e equipes da RAPS.



392 - Ampliar o financiamento, a inclusão e o estímulo de projetos artísticos e culturais, bem como oficinas geradoras de renda e atividades artístico-culturais. Adicionalmente, sugere-se a implementação de uma proposta de fomento aos centros de referência da juventude, que estejam articulados às redes de Atenção Primária à Saúde (APS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), juntamente com dispositivos de promoção de cuidado que utilizem a arte, cultura e projetos de geração de renda.

393 - Impulsionamento de um movimento nacional pela recuperação do patrimônio da Aldeia Maracanã e da Universidade Indígena Pluriétnica Aldeia Maracanã, bem como a demarcação e o reconhecimento de toda a Aldeia Maracanã como terra indígena. Como parte da restauração da Universidade Indígena Pluriétnica Aldeia Maracanã, criar o Observatório de Saúde Mental Indígena, com reuniões periódicas e grupos de trabalho que visem acompanhar a situação da saúde mental dos nossos povos e as políticas de saúde mental direcionadas à população indígena.

394 - Garantir políticas sociais de renda para pessoas LGBTQIAPN+ que estejam em sofrimento psíquico e ou em vulnerabilidade social.

395 - Garantir o Financiamento do tratamento pré e pós processo transexualizador no que se refere ao cuidado de saúde integral das pessoas trans: Homens trans, trans masculinos, mulheres trans, travestis e não binários, bem como sua família, para garantir a integralidade do cuidado.

396 - Realizar censo intersetorial da população em situação de rua, com cruzamento dos bancos de dados da saúde e da assistência social, com periodicidade bianual, em nível nacional e estadual.

397 - Promover Política de inclusão social implementando a reintegração e inclusão de pessoas usuárias de saúde mental, garantindo o direito a capacitação / formação /profissionalização, programas de emprego, programas culturais e esportivos. Proporcionar o acesso integral do usuário em sofrimento mental aos serviços de saúde, desde o deslocamento ao serviço até a garantia de acolhimento, suporte, adesão, e atendimento médico e odontológico. Garantir o auxílio transporte para os usuários da saúde mental e a promulgação de lei de acesso ao transporte gratuito.

398 - Fortalecimento da rede de apoio a saúde mental nas esferas municipal, estadual e federal, com redefinição da RAPS e com a construção intersetorial, para a garantia da integralidade do cuidado individual e coletivo, bem como, a implantação do desenvolvimento de competências técnicas /profissionais e comportamentais de todos que atuam nesta área, com a devida valorização (federal, estadual e municipal). Implementação e integração dos diferentes fatores sociais (Saúde, Educação, Assistência Social, Cultura e Lazer), a fim de atender na integralidade dos usuários dos equipamentos de Saúde Mental. Garantir recursos na área de cultura, esporte e lazer para prevenção e promoção da recuperação na Saúde Mental.

399 - Fortalecer o matriciamento na articulação de uma rede intersetorial permanente com as secretarias e conselhos municipal e estadual dos sistemas SUS/SUAS e demais políticas sociais (educação, trabalho, segurança, justiça, habitação e outras), visando a construção de uma política territorial e comunitária que contemple a atenção integral



aos usuários dos serviços da RAPS e seus familiares que estejam em estado de vulnerabilidade social; ofertando o acolhimento institucional, acesso à documentação, à programas de transferência de renda, segurança alimentar, moradia, capacitação profissional, empregabilidade, associativismo e geração de renda, dentre outros.

400 - Implantação imediata da política pública normatizada e institucionalizada que defina a equipe de saúde mental na atenção básica, garantindo a integralidade da atenção e a Intersetorialidade com as demais políticas públicas.

401 - Fomentar o funcionamento de uma rede de cuidado em Saúde Mental de qualidade, contínua, resolutiva e de base territorial, em todos os níveis de atenção à saúde, garantindo que as pessoas em sofrimento mental e em uso prejudicial de álcool e outras drogas possam ter acesso a tratamentos, medicamentos e acompanhamentos mediante ações de prevenção, promoção em saúde, inserção social e garantia de direitos, através de articulações intersetoriais, reconhecendo as diferenças e diversidade étnica, racial, de identidade de gênero e orientação afetiva, nas condições de vida, de acordo com as necessidades de cada pessoa.

402 - Inclusão de Psicólogos e Assistentes Sociais nas escolas, conforme previsto na Lei nº. 3.418/2021, e ampliação de Psicólogos nas Unidades de Saúde da Família.

403 - Garantir ações em saúde direcionadas às crianças e adolescentes, com pauta da saúde mental, a fim de efetivar o cuidado integral e intersetorial com ênfase nas áreas da Educação e da Assistência Social.

404 - Implantar e assegurar mecanismos legais de revisão para a inserção de pessoas com transtornos mentais no mercado de trabalho, com garantia da manutenção dos benefícios já assegurados.

Subeixo B - Equidade, diversidade e interseccionalidade na política de saúde mental

405 - Integrar as práticas corporais e esportivas como promoção da saúde mental e bem-viver (tora, peteca, etnofutebol etc.), além de fomentar entre os indígenas a interação geracional frente as mudanças socioculturais e conjunturais.

406 - Fortalecer/ampliar as políticas que pensem a atenção psicossocial e o Bem Viver a partir da realidade do território indígena, considerando as singularidades das populações indígenas, com serviços estruturados a partir das singularidades de cada povo.

407 - Garantia de que as (os) profissionais do SUS sejam capacitadas (os) para identificar e enfrentar o exercício abusivo da lei com foco na proteção jurídica e assistência integral às mulheres cis, trans e todas as pessoas que gestam, no âmbito da saúde mental visando combater a violência institucional relacionada às disputas de guarda de crianças, baseadas em princípios psicofóbicos, sexistas, misóginos, capacitistas, racistas, classistas e LGBTQIA+ fóbicos, bem como combater o uso de práticas não científicas, como "constelações familiares" e a "Lei de Alienação Parental" (LAP).

408 - Criação da Política Nacional de Uso Terapêutico de Cannabis sativa com a implementação de um Departamento ou Agência Nacional de Cannabis Terapêutica, e,



assim, criar o grupo técnico de trabalho multidisciplinar e interministerial, visando à elaboração do plano de Política Nacional de Uso de Cannabis para o tratamento de enfermidades de impacto na Saúde Mental. Subeixos: Priorizar dentro da Política Nacional de Uso Terapêutico de Cannabis sativa, políticas públicas voltadas para a juventude; enfatizar na Política Nacional de Uso Terapêutico de Cannabis sativa a participação ativa das famílias e do sujeito na obtenção de informações e na tomada de decisões relacionadas ao Projeto Terapêutico Singular - PTS; Reconhecer a autonomia do paciente e respeitar a sua perspectiva como a principal autoridade em relação às suas necessidades de saúde. Isso implica na superação de modelos médicos de tutelamento da voz de pacientes usuários de saúde mental e usuários de substâncias e subestimar/censurar a voz dos pacientes; incluir a perspectiva dos pacientes e usuários de Cannabis, tanto para fins terapêuticos quanto para uso adulto. Reconhecer o papel crucial do lazer e da recreação como uma dimensão indispensável desse ecossistema de pesquisa e cuidados em saúde; implementar cotas destinadas à população que historicamente sofreu as consequências da guerra às drogas, o que engloba egressos do sistema prisional e seus familiares, contribuindo dessa forma com uma abordagem mais equitativa e justa no setor da Cannabis.

409 - Transversalizar às práticas o enfrentamento ao racismo estrutural, respeito às identidades de gênero e sexualidades, construindo informações sobre os usuários por raça, identidade de gênero e orientação sexual para fundamentar Políticas para as populações minoritárias - trans, travestis, camponeses, indígenas, pessoas em situação de rua, crianças, idosos/as, de modo que a Rede de Atenção Psicossocial atue na prevenção, promoção e produção de saúde. Todas as pessoas devem ser respeitadas em sua religião, raça/cor/etnia, classe social e gênero na defesa da pluralidade dos espaços e nas representações sociais. Garantir uma produção de cuidado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial fundamentada na leitura dos marcadores sociais, raça/etnia, gênero, sexualidade, geração e classe social, em especial do atravessamento das diversas violências de gênero e raça na geração de sofrimento psíquico.

410 - Contra a criminalização de todas as ervas e plantas, com autonomia para que os povos indígenas as utilizem em contexto medicinal, ritualístico e outros contextos culturais.

411 - Garantir o desenvolvimento social, direitos sociais universais, nos territórios indígenas, pessoas em privação de liberdade, ribeirinhos, população do campo, pessoas em situação de rua, povos e comunidades de matriz africana e quilombolas com pessoas LGBTQIAPN+.

412 - Criar e implementar política pública de saúde integral no PCDT (Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde) de pessoas vivendo com HIVAIDS, comorbidades, doenças raras e doenças negligenciadas tendo como obrigação a avaliação por profissionais da saúde mental para pessoas recém-diagnosticadas, bem como, avaliação para pessoas cujo diagnóstico ainda é um grande entrave na superação dos afazeres da vida e, principalmente, na relação social e familiar e na adesão do tratamento em parceria com equipe multidisciplinar, incluindo nesta os profissionais de saúde mental.



413 - Desenvolver a política pública de saúde mental para as populações do campo, floresta, ribeirinha, indígena, ciganos, privados de liberdade ou em medida socioeducativa, LGBT+, PCD, negros, mulheres em violência e quilombola, incluindo, ainda, as atingidas por desastres socioambientais e barragens, através de ações transversais e interseccionais em todos os níveis de atendimento no SUS público e estatal, gratuito, laico e que respeite cada tradição/cultura dessas comunidades levando em consideração as suas determinantes sociais.

414 - Garantir a PNSIPN (Política nacional da saúde integral da população negra), implementando às políticas públicas direcionadas à saúde mental da população negra brasileira como elemento central da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tendo como ponto fulcral o racismo como determinante de sofrimento contínuo e permanente fonte de sofrimento psíquico da população negra, através da garantia de formação por meio de educação permanente e continuada para todas/todos trabalhadores e gestores da RAPS, de forma regular com tempo de oferta mínimo de 8 (oito) horas de oferta anual, de modo presencial, considerando a obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor a fim de orientar o enfrentamento do racismo e a promoção da equidade em saúde e implementar mecanismos para monitoramento das informações a fim de subsidiar estratégias para enfrentamento do racismo na saúde.

415 - Garantir o cumprimento da Portaria nº 344 de 2017 do Ministério da Saúde que torna obrigatória a coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor respeitando o critério de autodeclaração do usuário de saúde, importando acompanhar, fiscalizar e monitorar para que possa funcionar de maneira adequada e recorrente, assim os dados estatísticos com recorte raça/cor e de gênero estejam implicados nas desigualdades raciais que acometem a população negra e sua diversidade, resultantes do racismo. Possibilitar o acesso universal à saúde mental através da erradicação dos obstáculos que impedem que todas as pessoas utilizem os serviços integrais de saúde de maneira equânime, considerando, os fatores socioeconômicos e culturais que afetam a integridade física e psicológica, individual e coletiva da população negra, referências históricas seculares de sua escravização que ainda gera a desigualdade e desfavorece o acesso a direitos. Desse modo, promover ações direcionadas ao combate as iniquidades e vulnerabilidades comprometem a todo momento a população negra, com enfoque intersetorial, combate à discriminação de usuários e ampliação da oferta terapêutica, atualizar a oferta da cesta psicofarmacologia na RAPS.

416 - Garantir o cuidado equânime, integral, acolhedor, antimanicomial, não patologizante, laico, às mulheres cis, travestis, mulheres trans, pessoas não binárias, pessoas com deficiência e em sofrimento psicossocial, viabilizando que o processo de transição de pessoas transvestigêneras não seja patologizado e que essas pessoas tenham autonomia sobre este processo.

417 - Criar, implementar e executar, mecanismos de valorização, inserção, respeito e viabilização do cuidado via saber dos povos de matriz africana, quilombolas, indígenas, de terreiros e demais povos tradicionais, no cuidado em saúde mental.

418 - Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial, o SUS, as políticas de redução de danos e a economia solidária, assegurando a premissa antimanicomial para todo cuidado em



saúde, em superação dos espaços de confinamento e dos maus tratos em serviços de urgência e emergência, fomentando a discussão sobre a norma e os estigmas sobre os corpos das mulheres diversas, buscando desmedicalizar e despatologizar o cuidado em saúde, viabilizando-se, assim, que os serviços sejam articulados territorialmente, asseverando recursos formativos para pessoas usuárias e familiares, com acesso garantido à saúde integral à população preta, povos indígenas, mulheres cis, travestis, mulheres trans e pessoas não binárias, pessoas com deficiência e populações quilombolas.

419 - Garantir políticas públicas de saúde mental antimanicomiais e antiproibicionistas, tendo a redução de danos como diretriz ética de cuidado em garantia das especificidades de demandas de cuidados das mulheres cis, travesti, trans e pessoas não binárias, desenvolvendo programas e ações de enfrentamento das opressões de classe, raça e gênero sobre este grupo populacional, considerando os contextos territoriais, étnicos e culturais, incluindo acesso prioritário à saúde, educação, trabalho e renda, terra, moradia, proteção e cuidado longitudinal em caso de violências de gênero e raça; fomento e implementação de grupos e espaços coletivos de acolhimento e cuidado mútuo às mulheres cis, travestis, mulheres trans, e pessoas não binárias com ou sem sofrimento mental em função das diversas violências sofridas ao longo da vida para fortalecimento e ampliação de redes de apoio e discussão de superação destas violências.

420 - Assegurar que as políticas públicas garantam a liberdade para mulheres cis, travestis, mulheres trans e pessoas não binárias, que embora não estejam institucionalizadas, estão em condições de restrição de liberdade, em garantia que estas diversas mulheres não sejam confinadas aos espaços domésticos e suas famílias ou nos espaços domésticos das famílias para as quais trabalham, tuteladas tuteladas por seus companheiros e familiares (pais, irmãos, filhos) ou por seus patrões/patroas que, ainda, quando expulsas de casa, precisam enfrentar, cotidianamente o risco de morte;

421 - Enfrentamento dos estigmas e preconceitos relacionados à saúde mental, por meio de ações de sensibilização e campanhas de conscientização. - Implementação de políticas públicas direcionadas a grupos vulneráveis e de maior risco para problemas de saúde mental, como populações em situação de rua, LGBT+, idosos e jovens. - Investimento em pesquisa e desenvolvimento de tecnologias inovadoras para a promoção da saúde mental, como aplicativos e plataformas online de apoio psicológico.

422 - Por uma saúde mental antimanicomial, contra qualquer modelo de tratamento baseado em privação de liberdade. Pela inserção de todas as pessoas indígenas na RAPS, independente de seu contexto, com respeito à autodeclaração. Repúdio às Comunidades Terapêuticas e suas práticas de violação de direitos humanos.

423 - A luta pela terra como eixo central da luta por saúde mental, saúde como um todo e bem viver. Respeito à autodeclaração de indígenas, incluindo não aldeados e em contexto urbano. Que a demarcação de terras ou o reconhecimento institucional das identidades indígenas através da FUNAI e de RANI não sejam critério para a inserção de indígenas nas políticas específicas de saúde. "Saúde, Terra e Vida!"; "Demarcação e autodemarcação já!"; "Pelo direito dos povos à autodeterminação e autodeclaração"; "Não ao Marco Temporal!".



424 - Respeito à autodeterminação de nossos povos e à autodeclaração das pessoas indígenas, aldeadas, não aldeadas ou em contexto urbano dentro de qualquer nível de inserção no SUS e na RAPS.

425 - Fortalecer e estabelecer na Política Pública de Saúde Mental em toda Rede de Atenção Psicossocial a Redução de Danos e o Projeto de Vida, revisitando a trajetória do indivíduo com objetivo de construir ou fortalecer a percepção de pertencimento, protagonismo e autonomia, garantindo conceitos de diálogo aberto, formação na estratégia, manejo e ética do cuidado de todos os usuários, privados ou não de liberdade, estando ou não em situação de rua, independente da faixa etária, garantindo e incentivando formas mais amplas de cuidado em saúde mental, fortalecendo práticas vinculadas à arte e cultura, uso de fitoterápicos, de práticas integrativas complementares (PICS), o acesso e garantia ao uso de cannabis, quando recomendado, reconhecendo e valorizando os Povos e Comunidades Tradicionais e os de Matriz Africana como detentores e fazedores das práticas tradicionais na promoção e cuidados em seus territórios e espaços sagrados, como promotores de saúde e cuidado complementar do Sistema Único de Saúde.

426 - Garantir e fortalecer a efetivação da Política de Saúde Mental, mantendo os princípios contidos na lei nº 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira), e da Política Nacional de Humanização, e de acordo com as especificidades das populações vulneráveis (LGBTQIAPN+, indígena, negra, em situação de rua, situações de violências, privação de liberdade, população encarcerada no sistema prisional, uso prejudicial de álcool e outras drogas, infantojuvenil, com deficiência, TEA e outras vulnerabilidades). Implementar espaços de escuta qualificada para grupos LGBTQIA+, negros, pessoas privadas de liberdade, profissionais do sexo e usuários de drogas, pessoas em situação de rua, indígenas, quilombolas, integrando-os principalmente a Atenção Primária atentando para a política de redução de danos.

427 - Qualificar as ações em saúde mental, garantindo ações em reabilitação psicossocial (na atuação especializada em atenção básica), atenção integral à saúde, redução de danos, prevenção ao suicídio, atenção especializada de acordo com a população: LGBT, negros, indígenas, pessoa em situação de rua, infanto-juvenil, pessoas com deficiência e pessoas vivendo com HIV/AIDS por meio de campanha, treinamento e fiscalização, garantindo assim o acesso e o cuidado qualificado, seguindo as diretrizes da reforma psiquiátrica e do cuidado em liberdade e antimanicomial.

428 - Considerar a determinação social e racial da saúde nos processos de gestão, financiamento, formação e educação permanente para o SUS, priorizando os agravos do racismo, machismo/misoginia, LGBTQIA+ fobias, desigualdades sociais e econômicas, capacitismo, “loucofobia” e outras questões impactantes para saúde mental. Realizar campanhas nacionais de sensibilização e conscientização para reduzir estigmas sociais em relação ao sofrimento psicossocial, a ser veiculada amplamente nas políticas de saúde, educação, segurança, moradia e outras.

429 - Ampliar o acesso das populações em situação de rua aos serviços da RAPS, independente da especificação ou área de abrangência desse equipamento, pela dificuldade de acesso dessa população, ampliando a destinação de recursos aos



consultórios na rua e construção dos serviços do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório da RAPS.

430 - Criar uma equipe volante de saúde mental para atuar nos territórios indígenas, com o objetivo de fortalecer o cuidado com os povos indígenas em seu território, com investimentos (recursos humanos, logística, transporte e insumos) que tornem possíveis as ações de promoção e prevenção, priorizando a mão-de-obra indígena, por meio de concurso público para contratação de pessoal; com a interculturalidade como princípio, os(as) cuidadores(as) tradicionais como protagonistas e o respeito às práticas de cuidado ao modo de vida dos povos indígenas. Criar e fortalecer o programa que fornece estrutura e apoio logístico para tornar possíveis as ações do cuidado tradicional em saúde indígena, garantindo a construção e a manutenção das obras Oga Pysy (casas de rezas), organizada de forma interterritorial, mantendo as comunidades indígenas como as norteadoras e condutoras das práticas, fortalecendo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

431 - Criar e potencializar políticas intersetoriais, protocolos e estratégias territoriais que garantam a participação de usuários, principalmente aqueles que apresentam condições de vulnerabilidade e riscos em saúde mental como: povos indígenas e tradicionais, população negra, comunidade LGBTQIAP+, população privada de liberdade, população em situação de rua, ciganos, PCD, etc.; participação das equipes multidisciplinar do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Atenção Primária em Saúde (APS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na construção dos projetos terapêuticos singulares (PTS), rompendo assim, com o modelo hospitalocêntrico, de modo a valorizar os determinantes sociais e os aspectos biopsicossociais, com os saberes, conhecimentos e hábitos de vida de cada indivíduo, assim, fortalecendo todos os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para o cuidado integral dessas populações.

432 - Criação e ampliação de espaços de promoção de saúde da medicina tradicional indígena, fortalecendo o conhecimento dos povos originários em todo território nacional. Implementar na RAPS, estratégias de redução de danos ao uso abusivo do álcool e outras drogas no território. Incluindo abordagens específicas para populações indígenas e outros povos e comunidades tradicionais que valorizem suas culturas, tradições e bem viver. Considerando os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS.

433 - Promover equidade na efetivação da Política Nacional de Saúde Mental, incluindo a comunidade prisional, população LGBTQIAPN+, quilombolas, kalungas, indígenas etc. enfrentando toda forma de violência como o racismo institucional e social, a discriminação de gênero, identidade de gênero, orientação sexual, diversidade sexual, geracional ou de condição de vida e garantindo inclusão no mercado de trabalho.

434 - Criar um programa intersetorial com o aporte financeiro e garantia dos direitos legais do SUS, SUAS, educação, meio ambiente, cultura e esporte, que vise a implementação de estratégias de cuidado em saúde mental à população brasileira com abordagens específicas para o bem viver dos povos indígenas e outros povos e comunidades tradicionais. Considerando os princípios de integralidade e equidade do SUS.



435 - Garantir às pessoas em situação de vulnerabilidade social, tais como população lésbica, gay, bissexual, travesti, transexual, “queer”, intersexo e assexual (LGBTQIA+), população negra, indígena, em situação de rua, em privação de liberdade ou egressas/os do sistema penal, quilombola, cigana, imigrantes, profissionais do sexo, desempregadas/os, adolescentes do sistema socioeducativo, usuárias e usuários de drogas em cenas de uso, mulheres e crianças vítimas de violência e pessoas com deficiência, o acesso aos cuidados em saúde mental de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica antimanicomial, assegurando a desinstitucionalização, a inclusão e proteção social, em diálogo constante com as políticas intersetoriais, assim como fomentar políticas públicas, pesquisas e capacitação de trabalhadoras/es proporcionando o reconhecimento de determinantes em saúde de modo a garantir uma assistência livre de preconceitos e violências institucionais.

436 - Promover políticas de saúde mental, implantando modelo de gestão que garanta o aprimoramento profissional de trabalhadores do SUS para melhor entendimento sobre os impactos da discriminação e violência sobre LGBTQIA+, pessoas negras, puérperas com sinais de depressão pós-parto, quilombolas, mulheres, imigrantes, indígenas, atingidos por barragens/desastres, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, trabalhadoras (es) do sexo, propiciando o reconhecimento de determinantes estruturais e um cuidado em saúde mental orientado nas perspectivas antimanicomiais e de justiça social, com criação de oficinas com projetos terapêuticos baseados na singularidade, assim como garantia de previsão orçamentária, planejamento e execução, facilitando o acesso e continuidade do tratamento.

437 - Considerando a luta pela terra como eixo central da saúde mental dos povos indígenas: criação do observatório de saúde mental indígena com o objetivo de: 1) acompanhar o recenseamento e coleta de dados sobre a saúde mental dos povos indígenas; 2) acompanhar as políticas públicas de saúde mental destinadas aos povos indígenas; 3) formular diretrizes para elaboração de políticas públicas de saúde para os povos indígenas e 4) formular processos de formação e capacitação de indígenas e profissionais da saúde voltados ao manejo do cuidado em saúde mental para os povos indígenas em todo o SUS, não se restringindo à SESAI e aos DSEI.

Subeixo C - Garantia do acesso universal em saúde mental, atenção primária e promoção da saúde, e práticas clínicas no território

438 - Fortalecer a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD) e de Direitos Humanos, especialmente no cuidados às populações vulnerabilizadas, tais como indígenas, ribeirinhos, quilombolas, LGBTQIAPN+, profissionais do sexo, população do campo e florestas, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade e pessoas em situação de violência, bem como ampliar a aplicação do acesso aos cuidados especializados em Saúde Mental, por meio de telessaúde, em áreas remotas e com vazios assistenciais.

439 - Valorizar os especialistas indígenas nas práticas de cuidados da saúde mental ao fortalecer a Atenção Primária na linha de cuidado em atenção psicossocial nos territórios



indígenas, a partir da composição das equipes (EMSI ou NASI) com os mesmos, para a promoção deste cuidado a partir das especificidades da medicina indígena.

440 - Excluir do conjunto de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) a Constelação Familiar, considerando os danos que podem causar à saúde mental das pessoas envolvidas, especialmente as mulheres, crianças, adolescentes e LGBTQIA+, de acordo com a Nota Técnica CFP nº1/2023.

441 - Estabelecer que a RAPS tenha em seus planejamentos ações e equipes itinerantes para realizar atividades conjuntas com as equipes de saúde indígena em território, além de assegurar recursos (compra de materiais) para a execução de atividades de promoção e prevenção.

442 - Fortalecimento da atenção à saúde mental no âmbito da atenção primária, através da implementação de NASF em toda rede de ESF.

443 - Garantir a autonomia profissional da escolha dos métodos e recursos, respeitando a multiplicidade de abordagens terapêuticas e a singularidade dos sujeitos nos atendimentos ofertados nos equipamentos da RAPS, contemplando a inserção de outros profissionais como o fonoaudiólogo, educador físico, musicoterapeutas, assistentes sociais e demais categorias que possam contribuir na equipe multiprofissional nos programas de extensão, pesquisa e residências multiprofissionais no âmbito da RAPS para melhor qualificação dos profissionais no âmbito da saúde mental dentro dos princípios da reforma psiquiátrica, reforma sanitária para fortalecimento do SUS.

444 - Garantir uma abordagem integral de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família e nos equipamentos de saúde, com foco na atenção básica e na inclusão de equipes multidisciplinares, considerando as especificidades do território sociofamiliar.

445 - Autorizar a dispensação nas farmácias do SUS de óleos terapêuticos e demais formulações à base de Cannabis, a partir de plantas cultivadas no Brasil e produtos aqui produzidos pelas associações canábicas, nas Farmácias Vivas do SUS e pelas farmácias de manipulação brasileiras, com o objetivo de baratear os custos e democratizar o acesso, bem como possibilitar ao profissional habilitado prescrever a dose individualizada e específica para a necessidade de cada paciente. Subeixos: Integrar as práticas de cultivo limpo e orgânico por meio de doações e incentivos do Governo Federal, como o PRONAF (Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar) e outros programas semelhantes. Esses recursos seriam destinados a associações e cultivadores cadastrados, com o propósito de adquirir os materiais necessários para todas as etapas de produção da Cannabis, garantindo que produtos de alta qualidade estejam acessíveis e/ou disponíveis no SUS, como a Farmácia Viva Tipo I (suporte ao plantio doméstico), II (suporte do plantio coletivo nas UBS) e III (produção dentro da Farmácia Verde com outras plantas medicinais); Promoção da integração da Equipe Multidisciplinar na terapia canábica/Fitoterapia, contribuindo para uma assistência mais abrangente, acolhedora, humanizada, integrativa e centrada no paciente; Promover uma ação efetiva para a produção do óleo no território brasileiro, visando reduzir os custos do tratamento judicializado e importado, disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).



446 - Ampliar o acesso ao diagnóstico, tratamento e benefícios sociais do espectro do autismo, com um enfoque especial nas populações vulnerabilizadas. Reconhecendo as desigualdades e a demora no acesso a serviços de saúde mental para pessoas neurodivergentes, com uma política focada em identificar barreiras, desenvolver estratégias para reduzir o tempo de espera para diagnóstico e tratamento, aumentar a disponibilidade de serviços especializados e promover a capacitação de profissionais de saúde e educação, com aumento de equipes especializadas e multidisciplinares e em diálogo constante com os movimentos sociais e pré-vestibulares populares dos territórios. Garantir o acesso público e gratuito aos usuários que recebem a indicação de tratamento com produtos de cannabis medicinal. O foco é a diminuição da disparidade no acesso ao diagnóstico, tratamento e benefícios sociais para pessoas neurodivergentes em situação de vulnerabilidade econômica e social.

447 - Fornecer o atendimento psicológico às pessoas acometidas pela hanseníase e fomentar debates sobre o estigma e preconceitos enfrentados por esses usuários, tanto nos seus grupos familiares e meio profissional, quanto nas próprias unidades de saúde, como nos territórios e comunidades. Outra possibilidade seria melhorar o acesso da população da zona rural e/ou bairros distantes, através de transporte, acessibilidade e descentralização de serviços que estão disponíveis somente no centro do território para que o indivíduo consiga sanar suas necessidades.

448 - Promover ações extramuros com suporte da atenção básica para usuários (as) das zonas rurais na temática e atendimento do CAPS itinerante fortalecendo o atendimento da atenção básica com vistas ao acesso de pessoas com deficiência e sofrimento psíquico em parceria com instituições da sociedade civil que trabalhem com essa temática dentro dos territórios.

449 - Implantar/implementar em toda Rede de Assistência Psicossocial a Educação Popular e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde-PICS (considerando também a espiritualidade e as medicinas das florestas), lembrando que o SUS já oficializou 29 PICS e que têm sido de grande valia na recuperação das pessoas com sequelas decorrentes da COVID-19, neste Brasil sindêmico. Ampliar o trabalho protegido para pessoas usuárias e familiares do SUS para que possam ser trabalhadoras das PICS com a criação dos canteiros de plantas medicinais. Reafirmar a Política de Redução de Danos com aplicação de Práticas Complementares Integrativas na Atenção à Saúde e ações não medicamentosas a toda a população, incluindo a privada de liberdade.

450 - Contra a predominância do modelo biomédico e hospitalocêntrico nas comunidades indígenas e nas práticas de saúde mental como um todo. Devida orientação multidisciplinar no uso da medicina convencional, seus medicamentos e suas práticas. Fornecimento adequado de medicações nas comunidades indígenas.

451 - Fortalecer a educação popular em saúde mental com material informativo compreendendo a interseccionalidade, formação de lideranças comunitárias, espaços de educação em saúde e campanhas de prevenção nos territórios, garantindo acessibilidade - como estratégia de mobilização, visando qualificar a participação de pessoas LGBTQIAPN+ para a prevenção do adoecimento mental, assim como identificação das



necessidades em saúde mental, e na construção de processos de cuidado individuais e coletivos dessa população.

452 - Ampliação dos dispositivos da RAPS no âmbito do cuidado em saúde mental, com a contratação de equipes multidisciplinares e fortalecimento das ACSs. Garantir a redução de violações de direitos por meio da qualificação obrigatória de profissionais da APS e RAPS sobre as questões de gênero e sexualidade com o viés da interseccionalidade como parte das determinações sociais de saúde, e a compreensão do processo de adoecimento e sofrimento psíquico - atentando para os altos níveis de ansiedade, depressão, autolesão e suicídio -, decorrentes das diferentes formas de vulnerabilização social às quais a população LGBTQIAPN+ é submetida.

453 - 2 - Fortalecer a RAPS com a atenção primária à saúde ampliando a variedade de formações da equipe multiprofissional das UBSs, bem como, o número de equipes e profissionais, incorporando práticas como as PICS e outros saberes trazidos pelo território, ativando o protagonismo e assistência dos/as usuários/as, aos familiares/responsáveis legais e territórios no cuidado em liberdade afirmando a saúde mental como direito humano.

454 - Garantir o acesso universal em saúde mental, atenção primária (ESF), promoção de saúde e práticas clínicas no território, em prol de políticas públicas mais potentes e assertivas, no que se refere ao atendimento mais eficaz da pessoa idosa e institucionalizada em longa permanência (Alzheimer e outras demências), em virtude de situação de risco e alta vulnerabilidade social.

455 - Fortalecer as estratégias de matriciamento na Atenção Básica, a fim de potencializar a intrasetorialidade e o cuidado integral no território, incluindo, efetivamente, usuário e sua família na formulação do Projeto Terapêutico Singular, garantindo o acesso a medicação de ponta e fornecendo orientações adequadas sempre que necessário.

456 - Ampliação da rede de serviços de saúde mental, dos espaços de cultura e dos centros de convivência, respeitando a liberdade, singularidade e autonomia das pessoas.

457 - Promover ações interdisciplinares e/ou multidisciplinares na formação da equipe nos serviços públicos de saúde mental, onde possa definir estratégias de enfrentamento e desenvolvimento junto ao Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), Portaria No. 1.063, de 23 de julho de 2015, participando do processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde, Plano Plurianual, Plano Operativo nos Estados, Municípios e Distrito Federal e Garantir promoção da saúde integral da população negra com enfoque na redução das desigualdades étnico-raciais, a discriminação e o enfrentamento ao racismo nos serviços públicos de saúde mental, através do comprometimento de Gestão, Trabalhadoras e Trabalhadores com a temática antirracista em todas as ações da Rede de Atenção Psicossocial e em consideração a equidade para garantia de acesso de pessoas negras ribeirinhas, da pesca, quilombolas, LGBTQIAPNb+, pessoas com deficiência, crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional, crianças e adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas rurais e urbanas e na criação e ampliação das redes populares de comunicação existentes.



458 - Ampliar o atendimento especializado em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial em regiões prioritárias do SUS e/ou distantes dos grandes centros por meio da contratação de mais profissionais.

459 - Criar legislação nacional, estadual e municipal para estabelecer Centros de Convivência e Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO) na Política de Atenção em Álcool, Drogas e Saúde Mental, impulsionando a economia solidária, associativismo e cooperativismo. Expandir Consultórios na Rua e CECCO com base no índice populacional, fortalecendo a rede de suporte e cultura comunitária.

460 - Ampliar, Financiar e Garantir acolhimento e atendimento psicológico familiar qualificado, humanizado, intensivo/regular e de acordo com a demanda dos ambulatorios e hospitais (gerais, de referência e especializados) aos usuários do SUS em estado crônico de saúde clínica, portadores de doenças graves e em estados terminais, PARTICULARMENTE AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS, desde o recebimento do diagnóstico e especialmente nos casos de internação na UTI, de atendimento com equipes de Cuidados Paliativos e diante da eminência da morte, buscando mitigar e ressignificar o sofrimento psíquico dos usuários do SUS e de seus familiares/cuidadores assim como especialmente diante do óbito/luto em decorrência de morte natural/repentina; inesperada/acidental; causada pelo descaso/negligência do poder público; pela falta de ética e má prática profissional; pela pobreza, violência, desigualdades e injustiças sociais; pela discriminação, preconceito e estigmas; pelo suicídio consumado muitas vezes frente à perda de sentido na vida.

461 - Implantar equipes multiprofissionais de apoio matricial as equipes de Consultório na e de Rua, que desenvolvam o trabalho in loco e de forma itinerante realizando, inclusive, atenção em crise e urgência e emergência em saúde mental.

462 - Implementar políticas públicas de saúde mental com vistas ao acolhimento adequado das pessoas afetadas pela hanseníase no enfrentamento do seu diagnóstico e tratamento; considerando: seus mitos, estigma e preconceito em todos os seus aspectos, que atravessam gerações e trazem repercussões negativas para o diagnóstico e tratamento.

463 - Construir, implementar e executar grupos de ajuda mútua nos serviços da RAPS nos territórios, na perspectiva da Educação Popular em Saúde, bem como defender os princípios fundamentais da RAPS, considerados junto às pessoas em sofrimento mental, não causando ainda mais prejuízos, promovendo os direitos humanos e igualdade, numa abordagem psicossocial, com equidade no acesso.

464 - Fortalecer a luta antimanicomial através das estratégias da Política Nacional de Educação Popular em Saúde-PNEPS-SUS e também da Política Nacional de Práticas Integrativas, Populares, Ancestrais e Complementares em Saúde, visando a qualificação da Atenção Básica no SUS, como porta de entrada nas ações e serviço de saúde, no acolhimento e no cuidado adequados às pessoas em sofrimento mental e aos seus familiares.

465 - Fortalecer e ampliar práticas integrativas e assegurar o acesso amplo à medicina medicinal e fitoterápicos, promovendo a universalização do acesso a tratamentos alternativos, incluindo a consolidação da Farmácia Viva no Sistema Único de Saúde



(SUS) com produtos derivados da maconha para fins terapêuticos/medicinais. Estabelecer um sistema público de suporte ao cultivo doméstico de maconha, com financiamento e consultoria especializada gratuitos, incentivando a autogestão.

466 - Garantir a ampliação e investimento nos pontos de cultura, na rede de atenção psicossocial e a implementação dos centros de convivência (CECCO) com práticas integrativas e complementares (excluindo constelação familiar) e de ações coletivas, alinhadas a demanda e garantia do livre acesso aos equipamentos culturais do território da cidade, seja teatros, museus, shows, parques etc. a nível do território nacional.

467 - Inclusão do profissional de psicologia na equipe de cuidados à pessoa acometida pela hanseníase. Realizar rastreamento dos fatores facilitadores e complicadores relacionados à saúde mental, buscando informações junto à população, possibilitando que os gestores conheçam as necessidades dos segmentos da sociedade, principalmente aqueles que vivem em situação de vulnerabilidade social.

468 - Estruturar redes de atenção para crianças e adolescentes com necessidades psicopedagógicas, neuropsicopedagógicas e neuropsicológicas em todo território nacional.

469 - Desenvolver programas e ações de prevenção ao adoecimento mental, com base na ótica da Redução de Danos e no fomento das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e da Educação Popular em Saúde, de forma intersetorial com foco no território das pessoas em situação de rua, em parceria com organizações governamentais e não governamentais que não violem os Direitos Humanos.

470 - Garantir a inclusão efetiva das políticas nacionais das práticas integrativas e complementares (PNPIC), nos hospitais de alta complexidade (Estados e municípios), UPA's (Estados e municípios), Rede Psicossocial, Atenção Básica (Todos os Estados e municípios da federação brasileira).

471 - Ampliar os investimentos em Centros de Convivência e Fortalecimento de Vínculos em todo o território nacional, considerando a centralidade das ações comunitárias da atenção à saúde mental, por meio de ações na perspectiva da integralidade e intersetorialidade.

472 - Articular em todos os níveis governamentais, a Política Nacional de Saúde Mental com a Política Nacional de Educação Popular, no sentido de fortalecimento de práticas coletivas e populares de cuidado integral à pessoa humana, valorização dos saberes por vivências e problematização dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental.

473 - Garantir uma base física adequada para a organização das equipes de Consultório na Rua, com definição de padrão mínimo e garantir veículo tipo van com a adaptação para as atividades laborais das equipes de Consultório na Rua.

474 - Garantir que se tenha equipe da saúde indígena completa, inclusive a de Atenção Psicossocial/ Saúde Mental, para trabalhar com as comunidades que não está aldeadas ou que vivem nas aldeias dentro das cidades, haja vista que por serem indígenas conseguem ter sua comunidade, seu povo unido, formando assim uma aldeia reconhecida pelos órgãos governamentais.



475 - Ampliar o financiamento para aumento das equipes dos NASI e para garantia da logística de seu deslocamento no território, a fim de assegurar a assistência, com formação contínua no âmbito intercultural para promoção do Bem Viver, além de fortalecer as equipes NASI, com contratação de profissionais psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e nutricionistas para todas as equipes de referência dos polos.

476 - Consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, isto é, promover mudança do modelo de tratamento. De modo que, no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade seja estimulado. Além disso, é imprescindível que os gestores ouçam os usuários e proponham ferramentas de atendimento em saúde mental direcionado à pacientes com hanseníase, além de oferecer projetos de educação continuada para os profissionais.

477 - Contratação formal e reconhecimento do protagonismo indígena na integração da medicina tradicional indígena no SUS, seja nas PICS ou para além delas.

478 - Fortalecer a RAPS por meio da incorporação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PCIS.

479 - Garantir investimento e expansão de serviços para acompanhamento ofertado por equipe multiprofissional apropriada e capacitada no protocolo de hormonização de adolescentes trans e serviços de saúde mental para crianças e adolescentes trans no SUS, priorizando a interiorização dos serviços para além dos grandes centros urbanos. Promover ações para estruturação de teleatendimento pelo SUS para ampliar e garantir acesso de crianças e adolescentes trans e/ou com diversidade de gênero, e suas famílias, a atendimento qualificado, quando residirem em regiões de difícil provimento de profissionais de saúde.

480 - Garantir verbas aos municípios para construção de um Centro de Cultura e Associação da RAPS para atendimento às pessoas com sofrimento psíquico em cooperação com Ministério da Saúde e Ministério da Cultura afim de inserção e reabilitação social das pessoas como mecanismo de geração de renda, arte e lazer.

481 - Garantir a permanência de equipe multiprofissional para atendimentos extra CAPS podendo implementar o ambulatório de rua, a fim de integrar o atendimento aos pacientes em geral.

482 - Inserção da Cannabis sativa L. nas Políticas Nacionais de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e na de Práticas Integrativas e Complementares, em especial no formulário fitoterápico da farmacopeia, na agricultura familiar/MDA, Farmácia Viva e MAPA vigente e nos Programas de Plantas Medicinais do Ministério da Saúde (Memento Fitoterápico - RENISUS - RENAFITO - PNPMF e PNPIC). Essas inserções deverão ser realizadas através de orçamento do Ministério da Saúde, oriundo da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde – SECTICS/MS, entre outros. Subeixos: Promover, inicialmente, a alteração da Portaria 344/98 SVS/MS por meio da exclusão da planta Cannabis sativa L. da lista “E” (lista de plantas e fungos proscritos que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas), ou, através de inserção de adendo que excetue da proibição o cultivo com finalidade medicinal; Publicação de Portaria do Ministério da Saúde que reconheça o caráter medicinal da planta Cannabis sativa L. e sua característica fitoterápica no âmbito das Práticas



Integrativas e Complementares (PICS); Estabelecimento de diretrizes (no âmbito da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – PNPMF) em relação à cadeia produtiva da planta *Cannabis sativa* L., para promover um acesso seguro à planta por meio de seu uso sustentável; Compreender o produto derivado da planta medicinal *Cannabis sativa* L. como produto fitoterápico.

483 - Garantir em todas as instituições de pesquisa, ensino e na rede de saúde e saúde mental o pleno direito à pesquisa, produção controlada, e utilização experimental ou regular de *Cannabis* medicinal, *ahayuaska* e outras substâncias alucinógenas no tratamento de diferentes formas de sofrimento mental, redução de danos de drogas mais severas e de transtornos e sintomas neurológicos; criar uma política formal de retirada da *Cannabis* do rol de drogas e entorpecentes da ANVISA e inclui-la na farmacopeia e lista dos medicamentos da Farmácia Viva, na abordagem da educação popular em saúde e PICS, e sua disponibilização no SUS, com implantação do Programa Farmácia Viva dos tipos 1, 2 e 3 em todo o país; e criar estratégias e as bases culturais e legais para implantar no país a descriminalização definitiva da posse de pequenas quantidades de *Cannabis* e outras drogas de uso pessoal, considerando a abordagem antiproibicionista e a redução de danos, como já ocorre em diversos países do mundo, como por exemplo Portugal, Uruguai, Espanha, Estados Unidos, etc.

484 - Envolver as políticas de saúde mental focada na região de fronteira respeitando as etnias e as culturas locais e avaliar a mudança de critério de financiamento do CAPS focando nas especialidades da localidade e não apenas no quantitativo populacional.

485 - Reformular a portaria nº 336/2002, que impõe o quantitativo mínimo de habitantes para implantação dos CAPS - Art. 1º Estabelecer que os centros de atenção psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III -, mudando o critério de índice populacional para a implementação dos CAPS para 01 por município, considerando o fator amazônico de dificuldade de mobilidade e que temos comunidades indígenas, ribeirinhas, quilombolas, distritos e macrorregiões. Avaliar as condições epidemiológicas, geográficas e sociodemográficas das regiões amazônicas como critério de implantação dos CAPS regionais e municipais e implementar a contratação obrigatória dos profissionais: psicólogo, farmacêutico, assistente social e artesão.

486 - Criar o dispositivo do cuidado em saúde Mental tipo CAPS para a modalidade Itinerante/Fluvial de forma a garantir o atendimento das demandas na zona rural e áreas de difícil acesso, levando em consideração as especificidades do Território Amazônico e regiões isoladas. Garantir incentivo financeiro para implantação de equipe psicossocial na Unidade Móvel Fluvial de Saúde.

487 - Ampliar a cobertura em atendimento em saúde mental com o aumento de programas de saúde na atenção básica. Garantir pela Política Nacional de Atenção Básica 100% de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde. Remodelação dos programas de Saúde na atenção primária, usando uma melhor oferta de serviços, voltados para área de Saúde Mental.

488 - Garantir o acesso universal, a Integralidade e Intersetorialidade do cuidado em saúde mental com previsão de financiamento, adequada composição e gestão das



equipes na Atenção Básica, seguindo a lógica de funcionamento das equipes de saúde da família e equipes de apoio às equipes de saúde da família na lógica do antigo NASF, bem como as equipes que compõem a rede de atenção psicossocial – RAPS. Garantir a retomada do financiamento a nível de Ministério da Saúde para os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), responsáveis pela prática de Apoio Matricial, da ampliação da resolutividade das ações clínicas e de Promoção da Saúde no âmbito da Atenção Básica no SUS, considerando o financiamento tripartite por equipes existentes e modalidades I, II e III conforme critérios de vinculação por ESF/EAB e que todas as equipes de saúde estejam cobertas nacionalmente, de acordo com o perfil epidemiológico e indicadores do território. Recriar os NASF com equipes multiprofissionais, como política nacional, e garantir seu financiamento, com vistas à promoção da qualidade do cuidado integral da assistência à saúde da população.

489 - Garantindo verbas aos municípios para construção de um Centro de Cultura e Associação da RAPS para atendimento às pessoas com sofrimento psíquico em cooperação com Ministério da Saúde e Ministério da Cultura afim de inserção e reabilitação social das pessoas como mecanismo de geração de renda, arte e lazer.

490 - Requerer que o Ministério da Saúde, por meio de portaria, regulamente a criação de financiamento para implantação e custeio dos Centros de Convivência e Cultura em escala nacional e Equipes de Saúde Mental, serviços alocados no componente da atenção básica na RAPS, a serem implantados por critérios populacionais em municípios com, no mínimo, 5.000 habitantes para possibilitar acesso de forma regionalizada, aumentando o número de espaços e serviços oferecidos com assistência permanente, além dos já existentes na política de atenção psicossocial, com ampliação da equipe multiprofissional e da oferta das atividades socioculturais e esportivas para direcionar, acolher e socializar, promovendo a inserção psicossocial dos pacientes em sofrimento mental e diminuindo danos sociais e à saúde. Incluir oferta de capacitação e formação permanente e popular na perspectiva antimanicomial, incluindo centros de cooperativa mantendo como equipamento da Rede de Atenção Psicossocial como ponto de saúde doença e diversidade através da transdisciplinaridade com a cultura e educação com acessibilidade da RAPS valorizando a “multiplicabilidade” de saberes intersetoriais de e para populações heterogêneas considerando o perfil epidemiológico, risco, e vulnerabilidade social de cada região. Oferta também de dispositivos de reabilitação psicossocial, como inclusão social projetos de economia solidária, cooperativismo social e geração de trabalho e renda.

491 - Garantir a presença de profissionais de saúde mental na Atenção Primária em Saúde (APS), em especial nas equipes mínimas das ESF's e UBS's, assegurando a inclusão de psicólogos e assistentes sociais, bem como a inclusão de indicadores de saúde mental no sistema de informação da APS para fortalecer a integralidade da atenção e a intersectorialidade com as demais políticas.

492 - Garantir que a saúde mental entre como indicador no Programa Previne Brasil na Atenção Primária em Saúde (APS).

493 - Prover incentivo financeiro e técnico para as PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde) no SUS, visando o fortalecimento das ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde. Implementar efetivamente as Práticas Integrativas e



Complementares (PICS) na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde mental e outros agravos, com apoio da esfera estadual e com capacitação por meio de educação permanente, popular e libertadora, com atividades distribuídas nos diferentes serviços da RAPS, com ênfase na Atenção Primária, com interlocução com dispositivos e estratégias intersetoriais, utilizando a cultura de paz como metodologia, contemplando atividades de farmácia viva, autocuidado, atenção ao cuidador, valorização de povos tradicionais, com participação multiprofissional, das famílias e da comunidade. Contratar mais profissionais, garantindo equipe multiprofissional, ampliação e qualificação do quadro de servidores efetivos, para possibilitar a implantação das 29 PICS.

494 - Implantar e garantir a pactuação interestadual entre o estado do Amapá e o estado do Pará para os municípios da Amazônia Legal, para atendimentos dos pacientes portadores de transtornos mentais, através do sistema SISREG, SAMU, incluindo a formação e atualização, através da contrarreferência para o atendimento em saúde mental.

495 - Qualificar os processos de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) para implementação da atenção integral através da educação permanente em saúde e o trabalho intersetorial e multiprofissional, com vistas à reabilitação, cuidado no território, promoção e prevenção de saúde, com o fortalecimento das Práticas Integrativas Complementares (PICS) e de educação popular, para promoção de equidade e da diversidade, redução das iniquidades, do autocuidado (dos usuários e familiares) e da cidadania, contemplando as especificidades dos usuários em saúde mental, familiares e comunidade, contribuindo assim para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Resgatar o NASF, com financiamento federal para garantir a manutenção e ampliação desse programa em todos os municípios, com equipes próprias adequadas para promover a qualidade do cuidado integral da assistência à saúde da população, incluindo as ações de prevenção, proteção, promoção e reabilitação em saúde mental na atenção primária, bem como a implantação dos Centros de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

496 - Revogar a Portaria GM/MS nº 2.979/2019 que incentiva o desmonte do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), garantindo o financiamento federal e estadual de forma equânime, tendo em vista que o papel da equipe multiprofissional do NASF de apoio aos profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde (APS) é fundamental, uma vez que auxilia no cuidado do usuário não apenas na função curativa, como principalmente na função preventiva, que é objetivo da atenção primária frente as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

497 - Implantação imediata da política pública normatizada e institucionalizada que defina a equipe de saúde mental, com inclusão de Assistente Social e Psicólogo na atenção primária na equipe multidisciplinar, compondo a equipe mínima de Estratégia de Saúde da Família (ESF), garantindo a integralidade da atenção e a intersetorialidade com as demais políticas públicas.

498 - Garantir o aumento da quantidade de profissionais na Rede de Atenção Psicossocial (psicólogos, psiquiatras, nutricionista e demais profissionais), bem como a inclusão na equipe mínima da atenção básica, do psicólogo, assistentes sociais e



fisioterapeutas, para garantir o acesso de qualidade adequada ao usuário em Saúde Mental. Garantindo o financiamento federal para essa finalidade.

499 - Disponibilizar o atendimento Médico Psiquiátrico pelo menos a cada 2 meses no território indígena e pontos de saúde da zona rural, facilitando assim maior acesso ao serviço.

500 - Equipe multiprofissionais para apoio a atenção primária composta por: psicólogos, fonoaudiólogo, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapia e educador físico.

501 - Garantir a reestruturação da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família com uma Equipe Multidisciplinar com a inclusão de (psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e outros) para atender a saúde mental.

502 - Garantir e aumentar o investimento para o NASF e a APS no que diz respeito à capacitação das equipes para o reconhecimento e cuidado das vítimas de violência doméstica durante e pós pandemia. Ampliar e fortalecer as UBS e número de profissionais de matriciamento, com ênfase na ampliação de NASF. Ampliar e garantir as ações em saúde mental aos usuários e familiares na Atenção Primária e o fortalecimento dos Núcleos de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASF), bem como a ampliação dos Consultórios na Rua, garantindo a fiscalização dos municípios que ainda não implementaram suas equipes.

503 - Criação de um Projeto de Lei Federal para inserção do profissional psicólogo, e assistente social na Atenção Básica e implantar e disponibilizar as residências multiprofissionais em saúde mental a nível Estadual.

504 - Criar políticas de financiamento para garantir logística, implantação e qualificação de equipes multidisciplinares e intersetoriais em todas as unidades básicas de saúde para atendimento de usuários com problemas psicossocial.

Subeixo D - Reforma psiquiátrica, reforma sanitária e o SUS

505 - Fortalecer o SUS e a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e a defesa das conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) para avançarmos em políticas públicas antimanicomiais, antiproibicionistas, antirracistas, antiLGBTQIAPNB+fóbicas, feministas e inclusivas que contemplem as questões de gênero, raça e classe.

506 - Cumprir a Lei 10.216/2001 em toda a sua integralidade, assegurando que a Política Nacional de Saúde Mental contemple todos os determinantes sociais em saúde e garanta os direitos humanos de toda a sociedade.

507 - Extinção do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuais em Álcool e Drogas vinculado ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome e interrupção de todo financiamento e subsídio para as comunidades terapêuticas e demais instituições asilares e manicomiais no âmbito do SUAS e do SUS público, estatal, gratuito, laico e de qualidade

508 - Revogação imediata da Reforma Trabalhista e da Reforma Previdenciária. Retomada dos investimentos progressivos na saúde e educação. Duplicando o



investimento no SUS, tendo em vista o aumento de adoecimento mental da população acentuado com a Pandemia da COVID 19, com ênfase nos dispositivos territoriais da Rede de Atenção Psicossocial orientado pelos avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira sob a perspectiva antimanicomial, antiproibicionista e do cuidado em liberdade. Em defesa da Saúde Pública Universal, Gratuita, Laica e de Qualidade. Exclusão das Comunidades Terapêuticas da Rede de Atenção Psicossocial. A nossa luta é ANTI-CAPITALISTA, ANTIMANICOMIAL, ANTIFASCISTA! A nossa luta é por uma sociedade em que possamos ser sujeitos transformadores da nossa história, com respeito ao meio ambiente e toda vida nele presente, por uma sociedade emancipadora!

509 - Propor e implementar um programa de educação continuada e permanente envolvendo todos os conselhos de classes e trabalhadores do SUS em geral, tendo como centralidade a efetivação da reforma sanitária e reforma psiquiátrica, a fim de instrumentalizar todas as gerações de trabalhadores da área da saúde, inclusive orientando as associações e conselhos de classe da área da saúde, sobre a importância de incluir nos currículos a temática dos direitos humanos na saúde, políticas sociais e reforma sanitária e psiquiátrica. Bem como garantir que os serviços das RAPS sejam realizados através de profissionais de saúde especializados/as, sendo a contratação feita no SUS no regime jurídico único, considerando que o sistema deve ser público, estatal, laico e de qualidade e que sejam acessíveis a todas as pessoas independentemente de sua localização geográfica ou situação socioeconômica, respeitando todas as interseccionalidades da vida humana, fortalecendo assim o movimento em saúde mental territorial, em fóruns de articulação regional.

510 - Fortalecimento da saúde mental como uma questão de saúde pública, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, garantindo a autonomia e liberdade dos indivíduos, sem comprometer sua cidadania. Revisão do Artigo 14 do Decreto 11.392/23 do Ministério do Desenvolvimento Social visando a extinção das Comunidades Terapêuticas.

511 - Desenvolver programas de prevenção e promoção, bem como de educação e pesquisa em parceria com as universidades voltados para a saúde mental regidos pelos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica em todas as etapas da vida, desde o nascimento, a infância, a adolescência, juventude até a terceira idade e a morte/luto, por meio de ações educativas, campanhas de conscientização e capacitação dos profissionais da saúde mental. Fomentar discussões sobre populações vulnerabilizadas e garantir a presença efetiva e ampla dos serviços públicos de saúde mental, incluindo Centros de Convivência, Arte, Cultura e Economia Solidária nas comunidades e regiões mais excluídas e periféricas de todo Brasil.

512 - Extinguir o departamento de apoio às Comunidades Terapêuticas (CT) e o financiamento público de todas as instituições asilares, de modo a promover o cuidado em liberdade e abolir práticas manicomiais em todas as esferas de governo, assegurando que o financiamento hoje direcionado às CT seja redirecionado à RAPS, em especial aos CAPS, garantindo formação e educação permanente em saúde.

513 - Promover uma política de drogas libertária e centrada na saúde mental antipunitivista e não influenciada por julgamentos morais. Abolir a dicotomia entre drogas lícitas e ilícitas, evitando práticas que resultem em morte, encarceramento



seletivo de populações vulnerabilizadas e criminalização de territórios. Para fortalecer essa abordagem, assegurar que toda a infraestrutura burocrática e direcionamentos técnicos relacionados à política de drogas, como Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas (SISNAD) e Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD), estejam submetidos hierarquicamente ao Ministério da Saúde, garantindo a primazia da saúde pública na formulação e implementação de políticas que sejam antimanicomiais e pautadas pela redução de danos.

514 - Revogar toda a legislação e parcerias do estado com as comunidades terapêuticas e todos os serviços e equipamentos manicomial, tendo em vista as constantes violações de direitos humanos, principalmente entre adolescentes e jovens que passam por essas instituições.

515 - Consolidar e fortalecer a RAPS e os princípios do SUS, conforme Portaria nº 03/2017, garantindo: equipes de saúde, incluindo as equipes do NASF e Consultório na Rua; leitos de saúde mental em hospitais gerais regionalizados; Centros de Atenção Psicossocial em todas modalidades; fóruns/seminários nos níveis municipal e regional com gestores, trabalhadores, familiares/usuários e outros segmentos intersetoriais, visando implementar políticas públicas de habitação, assistência social, trabalho e renda (economia solidária) e cultura, reafirmando os princípios da atenção psicossocial, redução de danos e integralidade do cuidado; fortalecimento do cuidado às pessoas em situação de violência com prevenção, promoção e assistência à saúde, com o pleno funcionamento dos serviços.

516 - Manter e aprimorar o modelo assistencial da RAPS, conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica, fortalecendo o CAPS com ações intra e intersetoriais, envolvendo outras políticas públicas, garantindo que os usuários da RAPS participem de atividades culturais, educacionais, esportivas, de lazer, geração de trabalho e renda, por meio de ofertas de vagas específicas/projetos destinados a esta população, evitando segregação e proporcionando inclusão nos espaços, objetivando prevenção e promoção em saúde mental, reinserção social, reabilitação psicossocial e melhoria na qualidade de vida com autonomia e independência, através de ações de consolidação de assistência aos usuários, em especial às crianças e adolescentes (e família), com sofrimento psíquico e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas, TEA e demais transtornos globais do desenvolvimento, com ampliação de ofertas de serviços na rede intersetorial, bem como PIC's.

517 - Garantir e assegurar o cumprimento da lei 10.216/2001 em defesa da luta antimanicomial. Ampliar e fortalecer os serviços CAPS, enquanto um dos pontos de atenção da RAPS para consolidação da Reforma Psiquiátrica e cuidado humanizado no território.

518 - Garantir que todas as pessoas, sem qualquer tipo de discriminação, tenham seu direito e acesso às ações e serviços de saúde mental assegurados e que sejam estes pautados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial; em especial com o fortalecimento do apoio matricial às equipes de saúde da atenção básica e seus instrumentos, tais como a interconsulta, visita domiciliar conjunta, educação permanente, abordagem de crises e abordagem familiar, elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS); e construção de novas estratégias e práticas junto ao



território que fortaleçam os espaços de escuta e expressão, autonomia e protagonismo dos/as usuários/as, tais como abordagens de Recovery (grupos de ouvintes de vozes, suporte de pares, etc.), Práticas Integrativas e Complementares, com vistas a mudar paradigmas e modificar o modelo biomédico e a cultura medicalizante, centrada em toda rede de cuidado psicossocial.

519 - Garantir e promover ações em saúde mental para a atenção integral à saúde, redução de danos, prevenção ao suicídio, atenção especializada de acordo com as especificidades populacionais (a população LGBTQIA+, negra, indígena, povos tradicionais de matrizes africanas, quilombolas, ribeirinha, da floresta, ciganos, em situação de rua, infanto-juvenil, com deficiência, privadas de liberdade e refugiados) e a reabilitação psicossocial através de campanhas, treinamentos, capacitação e fiscalização, garantindo o acesso e cuidado qualificado, inclusão das práticas integrativas e complementares do SUS, na perspectiva do cuidado em liberdade e antimanicomial, seguindo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

520 - Implementar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme a Portaria de Consolidação nº 3/2017, nos municípios e regiões, com garantia de todos os pontos de atenção dos 7 Componentes, a saber: atenção básica, atenção estratégica especializada, atenção hospitalar, urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial, para a população infanto-juvenil e adulta, para as populações vulneráveis.

Eixo 4 - Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-pandemia

Subeixo A – Agravamento das crises econômica, política, social e sanitária e os impactos na saúde mental da população principalmente as vulnerabilizadas

521 - Reduzir a desigualdade geracional que impacta fortemente a juventude brasileira e é caracterizada por marcantes elementos de desigualdade de gênero e racismo estrutural. Esse problema afeta principalmente as jovens mulheres, em especial as mães, cujas famílias enfrentam a pobreza, bem como os jovens negros e pardos, que sofrem com uma alarmante taxa de desemprego de 68% (Fonte: Agência Brasil).

522 - Devido ao agravamento do sofrimento mental no pós-pandemia e em busca de combater as desigualdades de acesso à saúde mental, bem como de estabelecer um sistema único de saúde que atenda todas as necessidades dos cidadãos, propõe-se a criação do Programa de Ampliação do Corpo de Profissionais de Saúde Mental no SUS até 2024, abrangendo unidades de saúde fixas e itinerantes em comunidades urbanas, rurais, periféricas e tradicionais. Este programa visa otimizar a contratação de profissionais de diversas categorias para assegurar atendimento a todos, promovendo políticas públicas de cuidados em saúde mental baseadas na liberdade e no respeito aos direitos humanos, fortalecendo as equipes de saúde com a contratação de todas as categorias necessárias.

523 - Elaborar através do Centro Cultural do Ministério da Saúde a Memória da Pandemia, de modo que sejam resgatados os marcos históricos, sobretudo as ações que promoveram o desmonte e enfraquecimento do SUS, o negacionismo e a dificuldade em



controlar os casos da COVID-19, o que culminou no Brasil tendo a maior taxa de mortalidade por habitantes do mundo.

524 - A Cannabis é uma commodity no mundo e o Brasil ao disponibilizar o produto em solo brasileiro poderá gerar renda e dividendos que deverão ser disponibilizados para gerar renda de famílias mais vulneráveis, especialmente os jovens de 14 a 24 anos que fazem parte do grande contingente de desempregados (Fonte: Agência Brasil) à fim de promover a saúde mental deles e de suas famílias, pois a planta além de ser uma terapêutica através de seu óleo (em suas múltiplas formas de acesso), pode também ser acessíveis à inúmeras pessoas enlutadas e desempregadas além daquelas que sofrem sequelas decorrente da pandemia de COVID-19.

525 - Capacitar as equipes de atenção básica para realizar o acolhimento e escuta de adolescentes em situação de sofrimento emocional no contexto do atendimento em postos de saúde e ESF, bem como para articulação com a rede escolar visando ações de prevenção em saúde mental nas escolas. Com reforço da educação em saúde mental nas escolas e faculdades.

526 - Investir na composição de discussões entre a Comunidade Científica, os saberes populares diversos e os Movimentos Sociais Antimanicomiais, Antiproibicionistas, Antirracistas, Feministas, AntiLGBTQIAPNfóbicos, Anticapacitista, na luta pelos Direitos Humanos, por Saúde, Moradia, Educação e outros. Que a Vulnerabilidade Social e impactos na saúde mental no período de pandemia sejam mais discutidas para além dos espaços das conferências contando com participação de pessoas usuárias e familiares da saúde mental, entidades e movimentos sociais. Apoiar o fortalecimento da identidade e autonomia das vozes das populações periféricas e vulnerabilizadas, através da inserção do acúmulo da comunicação popular na Rede de Atenção Psicossocial, em equipamentos de Saúde Mental, incluindo Centros de Convivência, para ampliar o debate sobre os sofrimentos psíquicos que atravessam os povos da periferia e reflexões sobre os seus enfrentamentos e que venham a colaborar na compreensão do processo Saúde-Doença-Cuidado em formação continuada das pessoas trabalhadoras e usuárias dos serviços do SUS, movimentos sociais e comunidade científica. Todos ensinando e aprendendo, numa perspectiva Freiriana.

527 - Criar projetos de geração de renda para usuários do CAPS no que tange a autonomia do mesmo para reinserção no mercado de trabalho e assegurar a descentralização da atenção à saúde mental, implantando, serviços de atenção integral em saúde mental em Unidades Básicas, formados por equipe interdisciplinar e multiprofissional efetivas evitando assim sobrecarregar os (as) trabalhadores (as) e profissionais.

528 - Efetivar e potencializar o atendimento/escuta inicial para população que se encontra em sofrimento emocional (ansiedade, crises de pânico, depressão). Manter vínculo UBS e assistência social principalmente para a população desprovida de ganho financeiro; democratizando o acesso a espaços de lazer e a sessões de terapia psicológica para indivíduos baixa renda, negros, e/ou lgbt+.

529 - Desenvolver planos de profissionalização e requalificação aos excluídos do mercado formal, com atuação conjunta da RAPS, RENAST e outros atores



governamentais e não governamentais, como universidades e sindicatos, buscando a inserção em atividades de economia solidária, com inclusão dos Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO).

530 - Capacitação dos profissionais de saúde e demais atores envolvidos/as/es no cuidado para a assistência de populações vulneradas/ vulnerabilizadas, como pessoas em situação de rua, população negra, infanto-juvenil, pessoas em situação de violência, sexual, doméstica e familiar, LGBTQIA+, com criação de serviços especializados e fortalecimento dos já existentes e estratégias de matriciamento inclusive a fim de enfrentar o agravamento das crises econômicas, política, social e sanitária em decorrência da pandemia.

531 - Programar e ofertar ações e serviços para a saúde mental e coletiva e garantir nas unidades básicas, considerando aspectos dos usuários (as) pós-pandemia, sobretudo ressaltando os grupos sociais mais afetados: mulheres, LGBTQIAP+, povos tradicionais da Amazônia (comunidades Quilombolas, indígenas, ribeirinhos, entre outros) negros, populações carcerárias e pessoas com deficiência e comorbidades.

532 - Garantir que a Rede de Atenção à Saúde promova cuidado às populações vulneráveis, principalmente voltadas para a reabilitação de pacientes em cenário pós-pandêmico com a inclusão do psicólogo na equipe mínima, priorizando o atendimento nos espaços que esses sujeitos ocupem, promovendo estratégias de atenção, promoção e prevenção principalmente a população em situação de rua.

533 - Implantar, implementar e reestruturar a RAPS nos municípios afetados pelo processo pandêmico da COVID-19, garantindo cuidado integral e territorial respeitando as singularidades e subjetividades das populações historicamente afetadas pela vulnerabilidade tais como: população de rua, população ribeirinha, ciganas, quilombolas, população negra, pessoas com deficiência, indígenas, LGBTQIAP+, pessoas vivendo com HIV-AIDS e mulheres.

Subeixo B - Inovações do cuidado psicossocial no período da pandemia e possibilidade de continuar seu uso, incluindo-se, entre outras, as ferramentas à distância

534 - Incluir nas políticas públicas para a saúde mental a população negra com destaque para grupos mais vulnerabilizados como as comunidades Quilombolas, mulheres negras, população em situação de rua, crianças e adolescentes, reconhecendo os cuidados em saúde mental envolvendo as práticas de matriz africanas e tradicionais implementar nos serviços de saúde mental - rede de atendimento (SUS) - as Práticas Integrativas e complementares.

535 - Incentivar o fortalecimento do matriciamento e das ferramentas de telessaúde, a partir das equipes de Saúde Mental, com as equipes da Atenção Básica de Saúde, das Unidades de Acolhimento (UA), das Unidades de Acolhimento Infanto Juvenil (UAI), do Sistema Único de Assistência Social, dos Centros de Convivência e Cultura, dos Centros POP e das equipes da Educação, para fortalecimento das atividades em redes intersetoriais, valorizando na transdisciplinaridade, os aspectos da comunicação e da linguagem como fundamentais à atenção psicossocial.

536 - Garantir previsão orçamentária e formação continuada, multiprofissional e interdisciplinar para a criação de centros de referências e de fundo de pesquisa em Saúde



Mental e Cannabis em tempos de pandemia e pós pandemia. Assim como centros para a capacitação, produção, manuseio/extração e uso terapêutico do óleo medicinal de Cannabis, responsáveis por supervisionar o uso da Cannabis, fornecendo informações sobre a planta e apoio às pesquisas clínicas.

537 - Garantir atendimentos remotos para casos mais graves, como isolamento social, pela Rede de Atenção Psicossocial, inclusive em horários noturnos, para ampliação aos jovens que trabalham, sem prejuízos dos atendimentos presenciais.

538 - Adequar a realidade dos serviços para o pós-covid compreendendo a complexidade territorial de cada região.

539 - Reforçar as ações de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como eixo transversal dentro de todos os setores emergenciais envolvidos nas respostas às pandemias, desastres ambientais e eventos climáticos catastróficos, assumindo abordagens que se adaptem às necessidades de saúde mental da população de cada território e nos diferentes momentos (durante e após), garantindo e apoiando que as necessidades de saúde mental dos profissionais da linha de frente dos serviços de saúde, dos trabalhadores de funerárias, entre outros profissionais, tenham causa e efeito na Saúde Mental com atenção contínua e integral da RAPS na RAS.

540 - Introduzir atendimentos e consultas virtuais no Sistema Único de Saúde, não apenas em contextos pandêmicos, a fim de garantir maior adesão uma vez que atenuariam os problemas logísticos, tais como transporte, disponibilidade de tempo, dentre outros.

541 - Fomentar estudos sobre os impactos e as consequências do isolamento social duradouro no pós pandemia nos cenários educativos para o desenvolvimento de ações de promoção em saúde mental.

542 - Apoiar ações com práticas integrativas e complementares para a diminuição de sintomas como: insônia, depressão, estresse e outros ocasionados pela pandemia da covid-19 garantindo os serviços da atenção básica e hospitalar com ações de promoção, prevenção e assistência em tempos de pós pandemia do covid-19 para fortalecimento das políticas de saúde mental.

543 - Fortalecer ações de vigilância em saúde; fortalecer e ampliar estratégias inovadoras no cuidado psicossocial pós pandemia, com foco na atenção básica, com práticas de saúde inclusivas e integrativas, com espaços físicos, equipamentos, tanto presencial quanto à distância.

544 - Ampliar a oferta de assistência em saúde mental (atenção básica e especializada) em especial em regiões de alta vulnerabilidade social através da expansão da rede: Estratégia de Saúde da Família, equipes multiprofissionais na atenção básica, número de CAPS com aumento de equipes, equipes de consultório na rua, leitos em CAPS III (especialmente CAPSij), APD, PAI, CECO, Programa Saúde na Escola, equipes de acompanhamento terapêutico nas escolas e nos serviços de saúde mental, estruturas de teleatendimento, expansão dos leitos de saúde mental em Hospital Geral.



545 - Promover o Teleatendimento em Saúde Mental, ampliando o acesso à internet gratuita a população mais vulnerável, especialmente as que residem nos lugares mais remotos do Brasil.

546 - Financiamento de centros de telemedicina nos Municípios, voltado para o atendimento de Saúde Mental (Psiquiatra, Clínico Geral, Psicóloga, Enfermeira, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Neurologista, Neuropediatra, Assistente Social).

547 - Fomentar a saúde e qualidade de vida dos indivíduos durante e pós pandemia, com a criação de uma política pública nacional para auxiliar a população que ficou desamparada e com sequelas decorrentes da pandemia.

548 - Garantir e efetivar a formação continuada para os trabalhadores (as) da Rede de Atenção Psicossocial no contexto de pandemia e pós-pandemia através de tecnologias de comunicação à distância financiada pelo Governo Federal, Estadual e Municipal utilizando as plataformas digitais.

549 - Fortalecer políticas públicas e práticas comprometidas com a democracia, com a luta antimanicomial, com a reforma psiquiátrica e movimento antiproibicionista, e ampliar as equipes multiprofissionais nas UBS, com psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e fonoaudiólogos para acompanhamento de pessoas com transtorno do espectro do autista e transtornos mentais considerando as consequências da pandemia do covid-19 no Brasil.

550 - Desenvolver serviços e dispositivos permanentes em todas as redes de atenção à saúde, destinados à prevenção, promoção e reabilitação psicossocial para crianças e adultos que experienciaram o luto relacionado à pandemia do covid-19.

551 - Investimento dos entes federados em ações de cultura, de esporte, de lazer, de trabalho, e de meio ambiente como forma de assegurar qualidade de vida à população, prevenindo os agravos que demandam intervenções de alta densidade tecnológica no pós-pandemia.

552 - Garantir a implementação de políticas públicas voltadas à abordagem, acompanhamento e tratamento de situações de saúde originadas e relacionadas ao período de vigência e posterior à pandemia da Covid 19, ampliando a oferta de serviços de saúde mental, na lógica da Política de Saúde Mental Antimanicomial em todas as esferas de governo.

553 - Utilizar de videochamada no atendimento, criando o serviço público de atendimento online e remoto para os usuários da saúde, disponibilizando ferramentas digitais e acesso à internet à população, para orientação psicossocial, programas de rádio e tv para os moradores de locais mais distantes dos centros urbanos e que sofreram atrasos significativos na assistência à saúde. E implementar a alternativa da "TELEMEDICINA" para o tratamento da saúde mental pública, com auxílio de profissional capacitado em ambiente apropriado.

554 - Criar e/ou expandir equipes multidisciplinares para proporcionar atendimentos individuais ou coletivos, no sentido de atender aos agravos em saúde mental decorrentes da pandemia e capacitar os profissionais para um olhar voltado para o cuidado do



familiar enlutado. Criar linha de pesquisa observatórios para conhecer melhor e detalhar os impactos da crise atual na saúde mental da população de referência de todos os dispositivos de unidades da RAPS.

555 - Desenvolver políticas para romper com a lógica medicamentosa no cuidado às pessoas com agravos decorrentes da pandemia e propondo ações de cuidado em saúde mental.

556 - Implantar a oferta de assistência em saúde mental (atenção básica e especializada) em âmbito nacional, em especial em regiões de alta vulnerabilidade social através da expansão da rede: Estratégia de Saúde da Família, equipes multiprofissionais na atenção básica, número de CAPS com aumento de equipes, equipes de consultório na rua, leitos em CAPS III (especial- mente CAPSij), APD, PAI, CECCO, Programa Saúde na Escola, equipes de acompanhamento terapêutico nas escolas e nos serviços de saúde mental, estruturas de teleatendimento, oferta dos leitos de saúde mental em Hospital Geral, cedidos ao combate à pandemia e ampliação destas vagas; com enfoque na busca ativa de indivíduos em risco para sofrimento mental e na garantia de acesso aos serviços com oferta de transporte, Psico educação e inclusão digital, atendendo às pessoas de acordo com suas necessidades e especificidades (TEA, PCD, obesos, doenças raras e etc.) conforme princípio de equidade do SUS.

Subeixo C - Saúde do(a) trabalhador(a) de saúde e adoecimento decorrente da precarização das condições de trabalho durante e após a emergência sanitária

557 - Ampliar o número de profissionais de saúde mental garantindo ao menos a equipe mínima conforme modalidade do CAPS; garantir e promover ações de capacitação, treinamento e qualificação dos trabalhadores da saúde mental objetivando melhorar o acolhimento e o atendimento aos usuários da RAPS; garantir a realização de concursos públicos no lugar de contratos de trabalho com vínculos precarizados e pautados pela servidão e instabilidade em defesa das condições de saúde mental dos trabalhadores da saúde para que se possa cuidar da saúde dos usuários do RAPS com qualidade e de maneira qualificada em condições dignas de trabalho.

558 - Assegurar acesso da população negra aos serviços de saúde mental, ampliando as categorias profissionais que compõem a Estratégia de Saúde da Família, mantendo informações referentes ao número de atendimentos e inserindo a informação de raça cor em todos os registros; Criação de grupos de convivências e escutas com profissionais da área da saúde (multiprofissionais) para um atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade, considerando nessa demanda também as pessoas órfãs da COVID-19 e a população em situação de rua.

559 - Ampliar os cuidados e a formação das pessoas trabalhadoras da saúde mental, considerando que os profissionais de saúde também enfrentam desafios em relação à própria saúde mental devido ao aumento da carga de trabalho, estresse emocional e riscos de contaminação. Se torna importante cuidar da sua própria saúde mental e buscar apoio quando necessário, além de promover ações de suporte emocional e psicológico para seus colegas, formação e cuidados voltados para os trabalhadores negros dos serviços de saúde e aos demais profissionais com foco na Educação Antirracista e Saberes Antirracistas desenvolvidos dentro desses espaços.



560 - Garantir o espaço físico nas UBS para todos trabalhadores e sistematização em cada unidade de uma parada técnica para todos os trabalhadores de saúde, com dinâmicas voltadas ao dia do cuidador, com temáticas de cultura da paz, com exercícios físicos e técnicas de relaxamento, entre outros.

561 - Considerando o crescimento dos dados de trabalhadores adoecidos pelo trabalho e da precarização das relações socioprofissionais, as entidades sindicais que tenham profissionais técnicos habilitados devem poder efetivar encaminhamentos diretos para a rede de saúde pública mental (CAPS).

562 - Considerando o contato dos sindicatos com a realidade imediata dos contextos de trabalho, deve ser definido um sistema de notificações nacional em que as entidades sindicais sejam parte e reconhecidas como agentes notificantes de riscos e agravos à saúde, com o dever de reportar incidentes, acidentes, doenças ou outras situações relevantes para a saúde mental.

563 - Considerando que a Constituição Federal assegura a proteção ao meio ambiente, neste incluído o ambiente de trabalho, as entidades sindicais devem ser reconhecidas e integradas ao SUS como parte ativa da rede de vigilância, assistência, reabilitação, promoção e formação em saúde mental.

564 - Considerando que os sindicatos mantém negociação permanente com as empresas, podendo inclusive propor mudanças na organização do trabalho para integração e oportunidade igual para todos, em especial as pessoas com deficiência (PCD) e com transtornos de neurodesenvolvimento ou aprendizagem, as entidades sindicais devem ser capacitadas e reconhecidas como agentes notificantes do descumprimento dos direitos destas pessoas no mercado de trabalho e ser integradas na formulação, execução e avaliação de políticas públicas.

565 - 1. Atualizar e republicar a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho - LDRT, para ampla reestruturação dos aspectos de biomecânica do trabalho e de fatores organizacionais/psicossociais relacionados ao adoecimento entre os trabalhadores e as trabalhadoras;

566 - 2. Que seja convocada a 5a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de forma interministerial envolvendo o Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social e Ministério de Direitos Humanos;

567 - 3. Fortalecer as ações de notificação e agravos no SINAM contemplando as doenças e transtornos mentais, para que os agravos que acometem os trabalhadores e as trabalhadoras sejam representados nos bancos de dados, de modo a identificar o perfil desse indicador e que contribua para a definição e implementação de medidas para proteção e promoção da saúde; Alutar que a avaliação e parecer do médico assistente quando do serviço público (SUS) seja considerado como suficiente para concessão de benefício da Previdência Social, sem que haja a necessidade do paciente ser reavaliado pelo perito do INSS.

568 - 4. Fortalecer às ações de vigilância em saúde mental relacionada ao trabalho no âmbito do SUS, devido aos riscos e agravos a que estão expostos nos ambientes de



trabalho e garantir atendimento especializado em atenção à saúde mental no pós COVID 19 e ampliar a equipe dos Centros de Referências em Saúde do Trabalhador(a) de modo que estes funcionem corretamente com a equipe multidisciplinar;

569 - 5. Fortalecer a luta pela ratificação das Convenções 190 e da 187 da OIT articulando junto ao congresso;

570 - Fomentar avaliações e pesquisas acerca dos impactos da saúde mental das trabalhadoras e trabalhadores das redes, visando construir dispositivos de cuidado em relação a esta população.

571 - Fomentar as ações de vigilância popular em saúde e o protagonismo dos movimentos sociais para as denúncias dos casos de assédio moral relacionado ao trabalho.

572 - Criar mecanismos de denúncia via Ministério da Saúde para os casos de assédio moral e violência relacionado ao trabalho.

573 - Garantir recursos/financiamento aos movimentos sociais de defesa à saúde do trabalhador e da trabalhadora, a fim de fortalecer as ações de vigilância em saúde mental relacionada ao trabalho.

574 - Criação de dispositivos de integração e de articulação dos serviços de Atenção à Saúde Mental (CAPS) e de Atenção à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CEREST), de modo a permitir o estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência com vistas ao acompanhamento, dos casos identificados, prestando atenção integral aos trabalhadores e trabalhadoras nos diferentes estágios do cuidado: diagnóstico, tratamento, reabilitação e retorno ao trabalho.

575 - Desenvolvimento de protocolo para orientação de ações de vigilância dos ambientes de trabalho com foco na identificação dos riscos psicossociais do trabalho e como instrumento para a elaboração de medidas de intervenção e políticas de regulação de exposições ocupacionais que afetam a saúde mental.

576 - Desenvolvimento de protocolo para orientação dos diagnósticos de agravos à saúde mental relacionados ao trabalho, com a finalidade de auxiliar na identificação precoce de casos de transtornos mentais e no registro de casos no SINAN.

577 - Garantir que os trabalhadores cuidadores da saúde mental tenham acompanhamento profissional em suas atividades.

578 - Garantir que toda a Política seja Feminista, Antirracista e Antiproibicionista que coloque no centro todas as Pessoas que cuidam, com a valorização profissional, atentando a situação das Mulheres de acordo com as suas experiências identitárias, sexo, de classe, de nível socioeconômico, idade, dentre outras.

579 - Criar e implementar um plano de atendimento voltado para a saúde do trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS.

580 - Construir uma Política contra a precarização do trabalho: falta de equipamentos e baixos salários, revogação das reformas trabalhista e previdenciária.



581 - Construir uma Política que institua um serviço de apoio psicossocial e práticas integrativas de saúde para o trabalhador e a trabalhadora, com especificidades de etnia, região, sexo, gênero e idade, assim como intensificar as atividades de educação permanente e de Cuidado ao trabalhador e à trabalhadora por mecanismos digitais e de telessaúde, nas três esferas do governo.

582 - Monitorar e denunciar os programas que propõem o corte de recursos financeiros e o desvio de funcionários de serviços de saúde mental para outros serviços, provocando debate articulado entre as Secretarias e a sociedade civil e reivindicar a revogação permanente da Emenda Constitucional do teto de gastos (EC 95) e aplicação imediata de recursos na RAPS, bem como garantir a participação da Sociedade civil no Monitoramento da política de Saúde Mental para evitar o desmonte da RAPS;

583 - Possibilitar a readaptação da carga horária do servidor público, que seja Acadêmico de Medicina Bolsista Mais Médicos, para que esse possa conciliar a graduação com a necessidade de ter que trabalhar, de modo a preservar a saúde mental e garantir a subsistência.

584 - Ofertar espaços protegidos e oportunidades de autocuidado e de reflexões sobre os processos de trabalho e de adoecimentos decorrentes deste último aos profissionais de saúde mental. Fortalecendo concomitantemente os fóruns dos programas de residência, por meio da garantia em horas aos residentes que comparecerem aos encontros que acontecem fora do horário protegido da semana.

585 - Regulamentar o pagamento de auxílios: moradia, alimentação, creche para residentes e valorização de coordenadores, tutores, preceptores e residentes por meio de políticas remuneratórias e processo de educação permanente, com cargas horária protegida e participação social em programas de residência em saúde mental, bem como a garantia de concurso público com pontuação relevante da inserção do profissional egresso da residência em saúde mental na RAPS considerando seu tempo de residência como experiência.

586 - Garantir a implementação de equipes de Consultório na Rua em todo o país, com cofinanciamento das três esferas de governo, com garantia de trabalhadores com trajetória de rua nas equipes, vinculando as equipes multiprofissionais do NASF/eMulti aos Consultórios na Rua para ampliar a oferta de cuidado, proporcionando alternativas para cuidar da saúde mental dos trabalhadores que atuam com a população em situação de rua, com garantia de estabilidade, remuneração adequada e planos de cargos e carreiras.

587 - Reduzir contratos frágeis e burocráticos, favorecer relações de trabalho mais saudáveis para as trabalhadoras e trabalhadores da SM, garantindo a não privatização (terceiro setor) dos serviços públicos (SUS), em especial os CAPS.

588 - Ampliar a participação dos trabalhadores/as nas ações de saúde do trabalhador, fortalecendo formas comunitárias, institucionais e sindicais de acolhimento e discussão do sofrimento psíquico, doenças e acidentes, implementação de fóruns de discussões, rodas de conversa, fomento à educação popular em saúde, rede de solidariedade e cooperação entre atores locais, junto à Atenção Primária de Saúde, Centros de atenção psicossocial, nos CEREST e Sindicatos. Que o MS referende instrumentos e instruções



para a investigação dos processos relacionados ao sofrimento mental e trabalho, corresponsabilizando empregadores e poder público na proteção da saúde e segurança do trabalhador e da trabalhadora.

589 - Ofertar capacitação continuada aos profissionais em todos os níveis de atenção, incluindo a RAPS/CAPS e a RENAST, garantindo que a supervisão clínica e institucional seja realizada no SUS sob coordenação e supervisão de agentes públicos efetivos, considerando as alterações psíquicas específicas da covid-longa e a interferência sob a capacidade laboral.

590 - Que o Ministério da Saúde e o Congresso Nacional articulem a ratificação e implementação da Convenção 190 da OIT, que trata da eliminação da violência e do assédio no mundo do trabalho, e a Convenção 187 da OIT, que trata da promoção da Saúde e Segurança no trabalho no Brasil, de modo a incidir na formulação e implementação das políticas públicas de saúde como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e a Política de Saúde Nacional de Vigilância em Saúde (ambas no âmbito do SUS) e da Política de Saúde e Segurança no Trabalho (no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego), no sentido de incidir nas mudanças das relações e processos de trabalho que causam sofrimento, adoecem, acidentam e matam todos os dias.

591 - Avançar na vigilância em saúde mental do/a trabalhador/a, indissociada da assistência, fortalecendo a atuação intrasetorial e intersetorial a fim de garantir o uso do critério epidemiológico pelo SUS para caracterizar coletivos de trabalhadores/as com adoecimento mental e a relação com o trabalho nos diagnósticos e afastamentos previdenciários, credenciando os usuários para a percepção de benefícios acidentários. Nesses termos, fazer valer o nexó técnico epidemiológico em todas as instâncias de concessão de benefícios previdenciários, de modo que haja a ampliação da prática de perícia médica para a constituição de equipe pericial interprofissional no INSS, bem como a revitalização do serviço de reabilitação e readaptação funcional.

592 - Capacitar os profissionais em todos os níveis de atuação, incluindo a RAPS, para o reconhecimento dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, caracterizando-os clinicamente, qualificando a existência do nexó causal e notificando no SINAN e aplicar nexó técnico epidemiológico, previsto na lei nº 8.213/91, em todas as instâncias de concessão de benefícios previdenciários (análise documental e perícia).

593 - Ampliar e garantir o processo de construção da Saúde com a criação de Frentes de Enfrentamento às Violências Relacionadas ao Trabalho e aos Direitos Humanos, por município, que envolvam sindicatos, mandatos parlamentares populares, movimentos sociais e trabalhadores informais como participantes ativos da rede de vigilância, estimulando denúncias, notificação de agravos e intervenção nos ambientes e processos de trabalho, assistência, reabilitação e formação em saúde mental no SUS, que inclui a intervenção em comunidades terapêuticas que cometam violações de direitos humanos, com efetiva atuação da atenção primária da saúde, das equipes de saúde da família, da RAPS/CAPS e da RENAST/CEREST.

594 - Integrar as equipes do CEREST e da RAPS/CAPS para que ações conjuntas sejam desenvolvidas, por meio de discussão de casos, Projeto Terapêutico Singular, apoio



matricial em sinergia para processos previdenciários e de reabilitação profissional, participação na supervisão clínica da RAPS, e outras práticas não hegemônicas, e realização de ações junto à população trabalhadora para a autonomia e para o desenvolvimento de consciência crítica sobre os aspectos que caracterizam o processo trabalho-saúde-doença no contexto neoliberal, para que possam questionar e transformar coletivamente sua realidade, com a inserção de profissional que seja referência em vigilância em saúde em cada serviço.

595 - Garantir a educação permanente no cuidado das demandas de saúde mental dos/as trabalhadores/as da saúde e dos/as usuários/as, agravadas pelo período pandêmico da COVID, visando combater preconceitos e estigmas que possam interferir no tratamento das questões de saúde e para que os direitos dos trabalhadores/as da saúde e usuários não sejam violados, fortalecendo a capacitação acerca da temática do comportamento suicida com os profissionais da APS, visando diminuir os estigmas acerca desse tema e dar recursos para lidar com esse tipo de demanda, garantindo o direito desses/as trabalhadores/as e usuários/as a terem um atendimento digno e uma equipe capacitada para agir neste tipo de demanda.

596 - Elaborar e implementar protocolos para atendimento e apoio matricial na RAPS, utilizando a lista atualizada dos transtornos mentais relacionadas ao trabalho, que incluam o histórico profissional dos usuários como forma de incorporar o trabalho como determinante de saúde e fazer correlações com o quadro de transtorno mental, verificar os tipos de violência a que a pessoa foi submetida no ambiente de trabalho: violências oriundas do próprio posto de trabalho, dos tipos de gestão e organização do trabalho, assédio moral, sexual, institucional, práticas de racismo, homofobia, gordofobia e todos os tipos de discriminações e violências.

597 - Fortalecer e garantir as estratégias de cuidado em saúde física e mental, como as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, atendimento psicoterápico e demais cuidados voltados a saúde do trabalhador, em relação ao contexto pós-pandemia e suas reverberações, favorecendo a não cronicidades das doenças, abarcando todos os atores que compõem as residências em saúde, garantindo ações de vigilância e assistência à saúde dos atores envolvidos, além de melhorar as condições de trabalho, com a redução da carga horária (CH) de 60h semanais para 44h semanais sem redução do valor da bolsa vigente, validação de atestados por questões de saúde sem necessidade de reposição de (CH), valorização dos atores envolvidos por meio da oferta de benefícios. Redimensionar a força de trabalho e diminuir os vínculos precários de trabalho (baixos vencimentos ou salários, ausência de plano de carreira, inadequadas condições de trabalho, terceirização e quarteirização – “CNPJotização” da força de trabalho do SUS pelas OSS, e outros).

598 - Promover política de acesso e permanência nos programas de residência pautada na equidade e inclusão de diversidade (étnica/racial, econômica/social, de gênero, sexualidade, pessoas com deficiência). Diminuir a carga horária de formação em residência em saúde de 60 horas para 40h, considerando o desgaste emocional dos residentes, garantindo a construção de espaços individuais e coletivos de acolhimento e acompanhamento dos residentes que apresentem sinais de esgotamento mental,



Burnout, ansiedade, entre outros, entendendo-os como formas de permanência na residência.

599 - Ampliar os concursos públicos, diminuindo a rotatividade de profissionais e assegurando a qualidade do atendimento e o vínculo do usuário com a equipe multiprofissional.

600 - Implantação de política pública de cuidado psicossocial e prevenção ao adoecimento e oferta de cuidado integral para usuários e trabalhadores durante o período de pandemia e pós pandemia de Covid-19.

601 - Garantir investimentos para a saúde mental do trabalhador. Mediante a crescente síndrome de burnout em trabalhadores da saúde em decorrência da pandemia, cumprir a política de contratação de pessoal por meio de concurso público, com estabilidade no emprego e direitos trabalhistas garantidos, com plano de cargos, salários e progressão de carreira; garantia de pisos salariais nacionais por nível de escolaridade; o estímulo à dedicação exclusiva e a qualificação/educação permanente.

602 - Ampliar os canais de oferta de atenção em saúde mental utilizando tecnologias inovadoras, as PICS, internet, grupos terapêuticos e fortalecer o protagonismo das pessoas, para melhorar a saúde dos trabalhadores, identificando a necessidade de acompanhamento de acordo com o agravo, garantido o acesso ao cuidado. Garantir um programa de atendimento e assistência que acolha aos profissionais da saúde mental, fortalecendo as práticas integrativas em saúde (PICS), através do cofinanciamento por parte da União e Estado com o objetivo de facilitar e subsidiar a implementação e manutenção dos serviços que trabalham com as PICS.

603 - Instituir na RAPS espaços para o cuidado do trabalhador de saúde com foco nos aspectos biopsicossociais. Criar rede de apoio a saúde mental aos profissionais de saúde.

604 - Realizar levantamentos nacionais constantes, a fim de conhecer as condições de saúde mental dos trabalhadores do SUS, além de promover encontros e mostras para trocas de experiências desses atores.

605 - Verbas Federais descentralizadas destinadas exclusivamente à formação de recursos humanos em todos os níveis de atenção em saúde mental, respeitando os preceitos trazidos na lei 10.216, na Política Nacional de Humanização do SUS. Criação de projeto de carreira e remuneração dos facilitadores do projeto de ajuda mútua. Redimensionamento constante dos recursos humanos na saúde mental, considerando dados epidemiológicos e sociodemográficos.

606 - Garantir a valorização de todos os profissionais da saúde, assegurando-lhes os adicionais de insalubridade e periculosidade, por meio de implantação de Plano de Cargos, Carreiras e Salários nas três esferas de governo, com o ingresso no serviço público por meio de concursos públicos, observando a isonomia salarial por nível de formação e critérios regionais, com a criação de estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso. Efetivar, revisar e implantar programa de atenção à saúde mental dos trabalhadores em saúde (CEREST), nas três esferas de governo, com a supervisão da CIST, garantindo melhores condições de trabalho (ambiental, insumos com qualidade, equipamentos, veículos, condições



estruturais) e promovendo o bem-estar dos trabalhadores e usuários, otimizando o processo de trabalho das equipes e da urgência em saúde mental.

607 - Favorecer parcerias para amparo emocional da saúde do trabalhador da rede de saúde mental na esfera Federal. Garantir a implementação e efetivação das políticas públicas para a Saúde Mental do (a) trabalhador (a) da rede de Atenção Psicossocial nas esferas Municipal, Estadual e Federal.

608 - Garantir a jornada de trabalho de 30 horas semanais para os profissionais, sem redução salarial, para melhor qualidade de vida do trabalhador de saúde e consequentemente do usuário, considerando ainda a insalubridade dos profissionais da equipe multidisciplinar, com previsão de concurso público, programas de educação permanente e capacitação aos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com temas específicos da saúde mental e inerentes ao período pandemia.

609 - Criar e implementar um plano de atendimento voltado para a saúde do trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS), com direito a atendimento com consultas e acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico, e exames; instituição de programas de combate e prevenção dos diversos tipos de assédio no trabalho, assim como, perseguições políticas e a garantia de concursos públicos, estabilidade e Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

610 - Implementar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, priorizando agravos em Saúde Mental decorrentes do Trabalho e da COVID-19, com ações e estratégias de prevenção, monitoramento, acompanhamento e reabilitação, redefinindo parâmetros de cobertura populacional para criação de CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador), de âmbito municipal, com um plano emergencial de enfrentamento às necessidades decorrentes das pessoas com COVID-19 e estabelecendo pesquisas e protocolos para definição dos nexos causais em relação ao trabalho.

611 - Implementar a Política Nacional e Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, bem como assegurar que a União e o Estado garanta a manutenção financeira permanente, estável e adequada, dos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), possibilitando a continuidade das ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, vigilância epidemiológica, assistência, matriciamento e educação em saúde do trabalhador nas suas áreas de abrangência.

612 - Implementar equipe permanente para o cuidado da saúde mental dos(as) profissionais da saúde, criando instrumentos que possibilitem a identificação de riscos de suicídio para uso dos(as) profissionais da linha de frente, bem como investir em profissionais de outras áreas, como educadoras e educadores físicos e de práticas integrativas e complementares, visando a reabilitação e prevenção pós pandemia.

613 - Implementar uma mesa nacional de negociação coletiva do SUS, que tenha por definição uma data base, garantindo a democratização das relações de trabalho no setor público.

614 - Fomentar a implementação dos CEREST por região de saúde, com gestão estadual e assegurar que a união e o estado garantam a manutenção financeira permanente.



615 - Garantir a criação e qualificação dos espaços físicos adequados, no ambiente de trabalho, para os trabalhadores, com condições preventivas ao adoecimento mental.

616 - Fortalecer a luta pela carreira no SUS, com exigência de concurso público, como fronteira de disputa contra as privatizações neoliberais, com participação do Controle Social, debatendo e enfrentando o contexto neoliberal que está extinguindo os direitos dos/as trabalhadores/as da saúde, e consequentemente, promovendo a banalização e desvalorização da categoria, produzindo desgaste e adoecimento no desempenho de suas funções.

617 - Implantar em âmbito nacional, um plano de valorização do trabalho, da trabalhadora e do trabalhador do Sistema Único de Saúde, considerando a terceirização, a precarização e o sub financiamento e objetivando a estabilidade através de concurso público; a construção de planos de cargos e carreiras; a definição de piso salarial das profissões, a estruturação do espaço de trabalho, ambiência, ergonomia e segurança; formação permanente, supervisão clínico-institucional, espaços democráticos de gestão e garantia de participação no controle social. Além disso, criar área responsável pela gestão da saúde mental nos municípios, garantindo uma/um coordenadora/or municipal de saúde mental, sendo esta/e uma/um servidora/or pública/o efetiva/o e que exerça de forma exclusiva essa função, a fim de garantir melhora da qualidade do trabalho ofertado para o fortalecimento da rede de saúde mental nos seus territórios.

618 - Dar fim à privatização da saúde pelo modelo de gestão terceirizada que precariza as relações de trabalho e viola direitos trabalhistas. Propomos ampliação dos Recursos Humanos nas unidades de saúde, incluindo os profissionais de arte e cultura, cuidador de saúde mental e supervisor clínico territorial, modelos com profissionais de vínculos estatutários, plano de carreira, de cargos e salários, férias e descanso remunerados, além de retomar a horizontalidade nas escolhas de gestão e supervisão clínico-territoriais nos serviços, e garantindo a equiparação salarial para as categorias profissionais da RAPS.



Moções Aprovadas

29 Moções aprovadas na Plenária Final da 5ª CNSM mais 3 aprovadas pelo Pleno do CNS após análise de recursos

APELO (20)

Moção nº 01

I– Criação pela União de procedimento administrativo específico para concessão de autorização de cultivo de Cannabis sativa com finalidade terapêutica, para pacientes medicinais (uso pessoal terapêutico), associações (democratização do acesso) e universidades (pesquisa);

II– Inserção da Cannabis sativa na farmacopeia brasileira e nos programas de plantas medicinais do Ministério da Saúde (Farmácia Viva – PICS);

III – Alteração da portaria n.º 344/98 da SVSMS, de forma a retirar a planta Cannabis sativa da lista de plantas proscritas e estabelecer um adendo que preveja a possibilidade de cultivo da planta para fins medicinais e pesquisas científicas;

IV – Criação pelo Ministério da Saúde de procedimento administrativo específico para concessão de autorização de cultivo doméstico de Cannabis sativa com finalidade terapêutica, para pacientes em acompanhamento médico, em atenção ao art. 2º, parágrafo único, da Lei 11343/2006 combinado com o art. 14, inciso I, do Decreto 5912/2006;

V – Criação de um observatório de Cannabis sativa, fins de promoção de políticas públicas que contemplem a reparação histórica.

Instituições destinatárias: Ministra da Saúde.

Motivação: A ausência de regulamentação envolvendo o acesso à Cannabis sativa para fins terapêuticos, bem como a ausência de políticas públicas, acarretando a criminalização de usuários-pacientes.

Moção nº 04

Solicitamos que a Corte Interamericana dos Direitos Humanos, em especial a Relatoria Especial sobre Direitos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais, recomende que o Brasil desenvolva uma política de saúde mental com atendimento especializado para Crianças e Adolescentes Trans e suas especificidades.

Crianças e Adolescentes Trans são uma população vulnerável e extremamente invisibilizada na construção de seus direitos e garantia do seu livre desenvolvimento sem violências e violações. Como apresentado na audiência pública de tema “Proteção dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes Trans”, existe uma lacuna na garantia



de direitos e fomento de políticas públicas que atendam as demandas específicas de Crianças e Adolescentes Trans. Enquanto o movimento/organizações/instituições de direitos humanos LGBTI+ não consegue abranger essa temática devida a fragilidade da mesma e das barreiras políticas, os que lidam com Crianças e Adolescentes tão pouco abrangem essa temática devida a influência religiosa, falta de informações e negação destas existências. Essa ausência de políticas foi devidamente constatada no Inquérito Civil n 1.30.001.002354.2021-27, que desde 2021 investiga as políticas públicas para proteção e cuidados de saúde de crianças e adolescentes trans. Os cuidados de saúde mental são fundamentais para as Crianças e Adolescentes Trans, uma vez em que ao longo de seu desenvolvimento sofrem diversas violências, discriminações, transfobia baseadas na sua identidade de gênero. Existem poucos profissionais de saúde mental com especialização técnica-qualificada para atender a população e os centros de atendimento especializado estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste o que dificulta o acesso à saúde e cuidados.

Instituições Destinatárias: Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH/OEA), em especial a Relatoria Especial sobre Direitos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais

Motivação: Em 07/11/2023 a ONG Minha Criança Trans foi requerente da audiência pública temática para o 188 Período de Sessões da CIDH com o tema Proteção dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes Trans onde denunciou a ausência de políticas públicas voltada para a população trans infanto-juvenil no Brasil. A ONG realizou a 1ª Conferência Livre Nacional de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes Trans e encaminhou 12 propostas e 4 pessoas delegadas para participarem desta conferência.

Moção nº 05

Manifestamos apelo às instituições aqui referidas, considerando o art. 227 da constituição federal, o Estatuto da criança e do adolescente 8069/1990 na sua integralidade, a lei 9394/1996, a lei 13185/2015, a lei 13431/2017, a lei 13935/2019, como também toda legislação proposta no sentido de proteção integral de crianças, adolescentes e jovens que deem prioridade absoluta na formulação e execução de políticas públicas sobre a saúde mental de crianças, adolescentes e jovens. Ressaltamos que tal apelo tem base nas seguintes questões: (1) cumprimento da lei 13935/2019; (2) fortalecimento do sistema de garantia de direitos; (3) fortalecimento das redes de ensino, considerando o cuidado com cuidadores; (4) garantia de que haja de forma efetiva a presença de crianças, adolescentes e jovens, na condição de delegados em todos os espaços do controle social; (5) que nas conferências municipais, estaduais e nacional de saúde mental crianças, adolescentes e jovens tenham presença como delegados (as); (6) fortalecimento da RAPS, aumentando o número de CAPSij nos territórios.

Instituições Destinatárias: Ao Ministério de Saúde, Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, Ministério da Educação, Ministério de Direitos Humanos, Presidência do Senado, Presidência da Câmara Federal e Presidência do Superior Tribunal Federal.



Motivação: Esta moção trata do apelo às instituições às quais ela se destina ao tempo que solicita prioridade absoluta na formulação e execução de políticas públicas voltadas à saúde mental de crianças, adolescentes e jovens.

Moção nº 06

Solicitamos que a Secretária-geral da Presidência da República através da Portaria SG/PR n154, de 25 de maio de 2023, crie uma Mesa de Diálogo temática sobre Crianças e Adolescentes Trans com participação direta do Movimento Social e de profissionais com especialização técnica comprovada.

Crianças e Adolescentes Trans são uma população vulnerável e extremamente invisibilizada na construção de seus direitos e garantia do seu livre desenvolvimento sem violências e violações. Como apresentado na audiência pública de tema “Proteção dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes Trans”, existe uma lacuna na garantia de direitos e fomento de políticas públicas que atendam as demandas específicas de Crianças e Adolescentes Trans. Enquanto o movimento/organizações/instituições de direitos humanos LGBTI+ não consegue abranger essa temática devida a fragilidade da mesma e das barreiras políticas, os que lidam com Crianças e Adolescentes tão pouco abrangem essa temática devida a influência religiosa, falta de informações e negação destas existências. Essa ausência de políticas foi devidamente constatada no Inquérito Civil n 1.30.001.002354.2021-27, que desde 2021 investiga as políticas públicas para proteção e cuidados de saúde de crianças e adolescentes trans. Em 5 de setembro de 2023 em audiência pública no Congresso Nacional, deputados gritaram “Crianças Trans Não Existem” e essa conduta de negar a existência desta população já tão vulnerável por parte 9 expressiva do poder público é extremamente preocupante e base de fomento para violências contra essa população. Os cuidados de saúde mental são fundamentais para as Crianças e Adolescentes Trans, uma vez em que ao longo de seu desenvolvimento sofrem diversas violências, discriminações, transfobia baseadas na sua identidade de gênero. Existem poucos profissionais de saúde mental com especialização técnica-qualificada para atender a população e os centros de atendimento especializado estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste o que dificulta o acesso à saúde e cuidados. A desinformação somada a preconceitos, estigmas religiosos e crenças pessoais/políticas são barreiras diretas para o fomento das políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes trans. A mesa temática com equipe técnica-qualificada é fundamental para a construção de políticas públicas que visem o melhor desenvolvimento e garantia de direitos fundamentais para crianças e adolescentes trans e suas famílias.

Instituições Destinatárias: Secretária-geral da Presidência da República

Motivação: Em 07/11/2023 a ONG Minha Criança Trans foi requerente da audiência pública temática para o 188 Período de Sessões da CIDH com o tema Proteção dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes Trans onde denunciou a ausência de políticas públicas voltada para a população trans infanto-juvenil no Brasil. A ONG realizou a 1ª Conferência Livre Nacional de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes Trans e encaminhou 12 propostas e 4 pessoas delegadas para participarem desta conferência.



Moção nº 07

Atendimento médico com urgência dos familiares ou cuidadores das pessoas com deficiência. Propomos por meio da presente moção que seja priorizado o atendimento médico e distribuição gratuita das medicações tanto para familiares e cuidadores, como para as pessoas com deficiência.

Instituições Destinatárias: Ministra da Saúde

Motivação: Sou mãe de autista, estou há mais de 1 ano sem retorno com psiquiatra e desde 2019 aguardando retorno com o psicólogo. Sem falar das outras especialidades que estou na fila de espera, além da dificuldade do acesso a medicação por altos custos com o cuidado das pessoas com deficiência.

Moção nº 08

Inclusão de Profissionais das Práticas Integrativas e Complementares (PICS), como nutrólogos, musicoterapeutas, arteterapeutas e demais profissionais exclusivos nos serviços de saúde Mental vinculados ao Sistema Único de Saúde.

Esta moção apela pela inclusão de profissionais de Práticas Integrativas e Complementares, como naturólogos, musicoterapeutas e arteterapeutas, nas equipes multiprofissionais em serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS). Enfatiza a importância de concursos públicos para profissionais exclusivos de PICS, visando uma assistência universal, integral e equânime. Destaca-se que estas práticas possuem evidências sobre os benefícios, especialmente na saúde mental, e destaca o valor que esses profissionais podem agregar ao SUS, melhorando a qualidade do atendimento e expandindo as opções terapêuticas disponíveis aos pacientes. A moção convida gestores, profissionais de saúde e a sociedade para dialogar e agir em prol da inclusão desses especialistas, visando fortalecer o sistema de saúde pública.

Instituições Destinatárias: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Motivação: A pouca inclusão de profissionais exclusivos de Práticas Integrativas e Complementares (PICS), como naturólogos, musicoterapeutas, arteterapeutas, e outros profissionais da área de PICS nos serviços de saúde mental.

Moção nº 09

Garantir recursos federais para implantação das equipes completas e da dispensação das medicações necessárias para o cuidado em saúde.

Propomos por meio da presente moção: A necessidade da implantação das equipes para o cuidado precoce das pessoas com deficiência e cuidadores, visando minimizar agravamento da condição de saúde e garantir a inserção dos mesmos na sociedade

Instituições Destinatárias: Ministra da Saúde



Motivação: Ausência de profissionais psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicopedagogo, neurologista infantil e adulto, neuro psicopedagogo, naturólogo, profissional de educação física e assistente social e de remédios que atendam os Transtornos do Espectro Autista (TEA) e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA).

Moção nº 10

Captar recursos específicos para desenvolver e implementar estratégias e diretrizes para fortalecer o diálogo, a informação, a comunicação, a formação e a atuação da PNSM e PNPIC na gestão, no ensino, na assistência e no incentivo a pesquisa. Promovendo, educando e recuperando usuários que necessitam de cuidados em saúde mental sensibilizando-os para o uso apropriado de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como ferramentas estratégicas de suporte comprometidas com o respeito a natureza e a autonomia dos principais atores envolvidos, sob a ótica antimanicomial, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da cultura de paz. Garantindo o acesso democrático integral, humanizado e regionalizado ao serviço das PICS e saúde mental em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente nos pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Também adaptando de acordo com as demandas e a realidade de cada território, garantindo equipe multiprofissional e recurso federal independente do porte do município.

Instituições Destinatárias: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde

Motivação: A pouca interlocução entre as Políticas Nacional de Saúde Mental (PNSM) e Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Moção nº 11

Garantir recursos federais para implantação das equipes multiprofissionais em unidades de atenção a crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros distúrbios do neurodesenvolvimento e para municípios a partir de 20.000 habitantes.

Propomos por meio da presente moção: A necessidade da implantação das equipes em municípios a partir de 20.000 habitantes para o cuidado precoce das pessoas com Transtorno do Espectro Autismo (TEA), assim como, garantir atendimentos regulares com os profissionais solicitados a partir da avaliação clínica, visando minimizar agravamento da condição de saúde e garantir a inserção dos mesmos na sociedade, além de reduzir os custos com o deslocamento.

Instituições Destinatárias: Ministra da Saúde

Motivação: Dificuldade no deslocamento e acesso às estratégias de cuidado de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros distúrbios do neurodesenvolvimento, para o tratamento com profissionais necessários para o cuidado integral, com pelo menos 5 profissionais listados a seguir, a partir da avaliação territorial: psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicopedagogo, psicomotricista, musicoterapeuta, neurologista infantil



e adulto, neuro psicopedagogo, profissional de educação física e assistente social, em unidades de atenção à crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros distúrbios do neurodesenvolvimento em municípios a partir de 20.000 habitantes. Garantindo o cuidado de saúde mental da família no mesmo espaço.

Moção nº 12

Apoio ao paciente pela via de acesso de auto cultivo, apoio a todos os pacientes criminalizados e marcados pelo sistema de justiça por cultivarem cannabis sativa l.

Desde 2017, temos mais de 4.000 (quatro mil) Habeas Corpus – HC/Salvo Conduto para cultivo doméstico de cannabis. Todas essas famílias foram criminalizadas e marcadas pelo sistema de justiça e segurança pública (algumas chegaram a ser denunciadas por tráfico de drogas); muitas também tiveram seus tratamentos oprimidos e estigmatizados por profissionais de saúde e da rede de proteção psicossocial (chegando até a serem ameaçados e a perderem o direito de acesso ao tratamento); a necessidade de respaldo para a garantia de direitos e acesso à saúde. Para isso, exigimos:

1. Capacitação ampla da rede de proteção psicossocial sobre o sistema endocanabinoide; a importância do cultivo doméstico ao acesso da terapêutica canabinoide; a biologia da planta; apoio integral às famílias atendidas pela rede pública, garantindo a não punição ou exclusão social pela escolha dessa medicina;
2. Inclusão da cannabis sativa l. na farmacopeia e farmácia viva;
3. Reparação social a famílias criminalizadas pelo ato de enfrentar a justiça e segurança pública, criando uma identificação que diferencie as informações e históricos em delegacias e o tratamento que essas famílias foram enquadradas, passando assim a reclassificar no artigo 33 da Política de Drogas uma sinalização nos órgãos de segurança pública sobre a injustiça sofrida de que se trata de atos criminalizados por uso medicinal.

Instituições Destinatárias: Ministério da Saúde, Supremo Tribunal Federal, Ministério da Justiça

Motivação: Criminalização de pacientes e suas terapêuticas, incluindo o uso da cannabis e o cultivo doméstico.

Moção nº 15

Exclusão definitiva de Comunidades Terapêuticas e semelhantes da RAPS, do SUS, do SUAS e da saúde suplementar, com fechamento do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas do MDS, e investimento para ampliação e melhorias dos atuais equipamentos territoriais de cuidado em liberdade, propiciando permanentemente nesta construção o respeito às mulheridades em todos os serviços.

Historicamente, mulheres cis, trans, travestis e não binárias em sua diversidade têm suas vidas e seus corpos violados, suas histórias apagadas e suas vozes invalidadas, sendo o manicômio uma instituição que se constitui como mecanismo estratégico para silenciamento, encarceramento, patologização e normalização de mulheres, em especial



as que desejam construir seu próprio projeto de vida com autonomia e emancipação. Ao ousarem libertarem-se das amarras do patriarcado, são desmoralizadas e subjugadas por se desviarem do comportamento padrão, passando por desqualificação de suas maternidades, chamadas de loucas, histéricas, sofrendo estupro corretivos, internações compulsórias, “cura gay”, são tuteladas, entre várias outras agressões e violências promovidas pelo Estado.

A violência vai se constituindo em diversas formas e instrumentos, e hoje vê-se nas Comunidades Terapêuticas aquilo que era conhecido como práticas manicomiais, contrastando com os avanços da Reforma Psiquiátrica, retrocedendo conquistas e descumprindo a Constituição, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Lei 10.216 de 2001, e diversas portarias que formam a política nacional de Saúde Mental.

Desta forma faz-se necessário que os movimentos sociais exerçam o controle social, pressionando o poder público para combater a barbárie que assola grande parte da população brasileira, em especial mulheres trans, cis, travestis e não binárias

Instituições Destinatárias: diversas

Motivação: Os estudos, relatórios e depoimentos de usuárias/os/es quanto às experiências de violências e violações de direitos em Comunidades Terapêuticas, potencializadas em se tratando de mulheres cis, trans, travestis e não binárias, consolidando-se como ferramenta de sequestro, cárcere, patologização e tortura desses grupos. Trata-se de um sistema de opressão, manutenção da hegemonia patriarcal no qual há ausência de caráter de cuidado e tratamento.

Moção nº 27

Para que o Senado não aprove o PL7082 da forma como o texto está hoje, que haja discussão prévia com toda a sociedade, considerando que há risco potencial para os participantes de pesquisa, bem como para os pesquisadores e patrocinadores de pesquisas.

Os participantes das Pesquisas realizadas no Brasil hoje contam com a defesa de seus direitos e sua proteção durante as pesquisas, um sistema único no mundo, com 888 Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), liderados pela Conep, uma Comissão do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que promove o cadastro dos CEPs, a capacitação das pessoas que desenvolvem o trabalho da análise ética, o recebimento e apuração das denúncias, e a atualização das resoluções que orientam a análise ética, alinhadas às referências internacionais.

Instituições Destinatárias: Aos Senadores, aos Deputados Federais, Estaduais e Vereadores; Ao Ministério Público, às Entidades Científicas, Universidades e Centros de Pesquisa; Aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde; às entidades de pessoas com doenças crônicas, raras, ultrarraras, transtornos mentais, entre outras.

Motivação: O Sistema CEP/Conep (Comitê de Ética em Pesquisa e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) está ameaçado hoje pelo Projeto de Lei 7082, aprovado



recentemente pela Câmara dos Deputados, a ser apreciado e votado pelo Senado em curto período de tempo. O PL7082 propõe o desmonte do Sistema CEP/Conep e a saída da Conep do Controle Social (como Comissão do CNS), colocando em risco os participantes de pesquisa em todo o Brasil.

Moção nº 29 - Apelo e Solidariedade

Garantir a presença de Centros de Convivência, Arte, Cultura e Economia Solidária (CECO) em todo território nacional no orçamento do financiamento público destinado à RAPS.

Nós da 2ª Conferência Livre Nacional de Usuários da RAPS entendemos que os Centros de Convivência, Arte, Cultura e Economia Solidária (CECO), dispositivos previstos na Rede de Atenção Psicossocial do SUS (RAPS), são espaços sociais potentes de criação de vida, de construção de laços sociais, de economia solidária e de produção e intervenção na cultura e na cidade - de redução de estigma social e produção de autonomia. Considerando que no Brasil temos pouquíssimos CECO frente aos aproximados 3 mil CAPS, demandamos, enquanto usuáries da RAPS, a ampliação e qualificação dos CECO em todas as regiões de saúde do Brasil. É necessário que todos os usuáries e cidadãos tenham acesso a um CECO em seu território e, portanto, acesso facilitado e qualificado à arte, à cultura, participação social e política, e à economia solidária, um direito de todos. Compreendemos que os CECO, em sua concepção, contemplam todos os cidadãos, não somente os usuáries da RAPS, uma vez que são espaços de integração e promoção socioculturais, compondo o bem-estar físico e psicossocial de todos, contribuindo, assim para a redução de estigmas, produção de autonomia material e psíquica, emancipação política e social.

Instituições Destinatárias: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania e Presidência da República.

Motivação: Ainda que os Centros de Convivência, Arte, Cultura e Economia Solidária (CECO) sejam dispositivos previstos na Rede de Atenção Psicossocial do SUS (RAPS), faz-se necessário garantir a presença dos CECO em todo território nacional. Os CECO são espaços sociais potentes de criação de vida, de construção de laços sociais, de economia solidária e de produção e intervenção na cultura e na cidade - de redução de estigma social e produção de autonomia.

Moção nº 34

Propõe-se garantir a presença do fonoaudiólogo nas equipes multiprofissionais da RAPS, facilitando e promovendo a comunicação, para além da fala, tornando acessível o exercício de cidadania aos usuáries.

Considerando que as dificuldades na comunicação se apresentam como parte importante nos quadros de sofrimento psíquico, em todas as etapas de vida, na relação com o território, nas relações familiares, com os dispositivos de saúde, de educação, de assistência, permitindo o acesso dos (as) usuáries (as) em sofrimento à cidadania, propomos: a instituição do direito de comunicar como eixo nas práticas em atenção



psicossocial, em todos os âmbitos de ações da RAPS. Importante destacar que para a promoção do direito à comunicação, pela fala ou por outras vias, enfatiza-se na composição das equipes multiprofissionais a presença do fonoaudiólogo, que tem como objeto do seu fazer em saúde a comunicação humana, com abordagem biopsicossocial, em sua diversidade de etnias, gêneros e sexualidades, classes sociais e regionalidades, assim como na garantia da universalidade, equidade e integralidade da saúde e bem-estar.

Instituições Destinatárias: Ao Ministério da Saúde

Motivação: Alterações de comunicação são parte dos quadros de sofrimento psíquico, dificultando o acesso das pessoas em sofrimento à cidadania, logo, propomos: a instituição do direito de comunicar como eixo das 41 práticas em atenção psicossocial e a garantia da presença do fonoaudiólogo nas equipes multiprofissionais, na promoção de possibilidades de comunicar.

Moção nº 39

Criação do Fórum nacional dos SRT (Serviço Residencial terapêutico) com objetivo de fortalecer as SRT como serviços substitutivos, dialogar sobre as dificuldades enfrentadas e sobre as necessidades de maiores incentivos para custeio, também discutir sobre o processo de trabalho enquanto dispositivo estratégico de desinstitucionalização dentro da RAPS, e que possamos incluir os moradores já reabilitados na política de moradia para que assim consigamos efetivar sua reinserção social.

Instituições Destinatárias: Ao Departamento de Saúde Mental; Aos Gestores de SRT, Trabalhadores e Moradores dos mais de 700 serviços existentes no Brasil.

Motivação: Ausência de um coletivo a nível nacional para debater o cenário da SRT.

Moção nº 40 - Aprovada em Plenária CNS

Aumentar as vagas e os programas de residência multiprofissional em saúde mental e pontuar os concluintes nos concursos públicos para a atuação na área de saúde mental.

Hoje em dia os CAPS não têm condições de funcionamento por falta de profissionais. Além disso, há vários profissionais de saúde que trabalham nos CAPS sem qualquer identificação e formação específica na área de saúde mental. Isso resulta na má qualidade do atendimento, resolutividade e na falta de acesso.

Instituições Destinatárias: Ministério da Saúde e Ministério da Educação

Motivação: Não há concurso público específico para os cargos de trabalhadores na saúde mental. Os concursos com vagas gerais na área da saúde fazem com que os profissionais aprovados escolham preferencialmente outras áreas para a atuação, deixando a saúde mental sem profissionais especializados, vinculados na área. Há programas de residência em saúde mental e os residentes concluintes deveriam pontuar de modo diferenciado nos concursos públicos, permitindo que pessoas experientes ocupem as vagas



Moção nº 45

Construção de uma casa de reza na aldeia Bororó e a criação de um projeto para valorização da cultura indígena entre os adolescentes das aldeias indígenas Bororó e Jaguapirú, dos povos Caiuá e Guarani, que estão envolvendo-se com drogas, como o uso do álcool e outras substâncias pela interferência externa de jovens e adultos não indígenas que vêm da cidade para a aldeia e promovem bailes, festas e estimulam comportamentos prejudiciais, não relacionados à cultura indígena. Essa interferência externa está relacionada ao aumento de casos de gravidez indesejada entre adolescentes, violência e sofrimento psíquico, incluindo casos de suicídio.

Dessa forma, apelamos para as instituições acima descritas, que tomem providências para evitar os casos de suicídio dos jovens e genocídio que vêm ocorrendo nos territórios dos povos Guarani Caiuá. Que a FUNAI e SESA/MS providenciem a Construção de uma casa de reza na aldeia Bororó e a criação de um projeto voltado para que os adolescentes aprendam atividades como confecção de cocares, brincos, chocalhos, flechas, entre outras oficinas, para que se ocupem, e para o resgate, fortalecimento e valorização da cultura indígena. As oficinas necessitarão de recursos, bem como os eventos sociais de valorização da cultura indígena, e o apoio das três esferas do governo pra acontecerem. Além disso, é necessário a aquisição de uma van, para o transporte dos produtos confeccionados para outros municípios, para a comercialização.

Instituições Destinatárias: Funai, SESA/MS, Ministério dos povos indígenas, Ministério dos direitos humanos, CISI/CNS, Ministério Público, Governo do Estado do MS, Prefeito do Município de Dourados/MS

Motivação: Os jovens adolescentes das aldeias indígenas Bororó e Jaguapirú, dos povos Caiuá e Guarani, estão envolvendo-se com drogas, como o uso do álcool e outras substâncias pela interferência externa de jovens e adultos não indígenas que vêm da cidade para a aldeia e promovem bailes, festas e estimulam comportamentos prejudiciais, não relacionados à cultura indígena. Essa interferência externa está relacionada ao aumento de casos de gravidez indesejada entre adolescentes, violência e sofrimento psíquico, incluindo casos de suicídio.

Moção nº 46

Além da Aben, inserir instituições de âmbito nacional que incluam na pauta o direito de técnicos e auxiliares de enfermagem para criação de um piso que valorize a isonomia.

A presente moção faz um apelo ao ministério da saúde, que se reduza a carga horária semanal, para fins de cálculo adotado pela atual cartilha de 44 horas semanais para 30 horas semanais, e a supressão total orientada pela cartilha sobre a soma de vantagens pecuniárias de natureza fixa. A enfermagem, em função do baixo vencimento mensal, necessita fazer horas extras ou trabalhar em mais de um emprego. O impacto do adoecimento do profissional reflete na qualidade do atendimento nos serviços, com tudo, gestores, em várias instâncias adotaram, com base na cartilha uma completiva, que desvaloriza o profissional que tem mais tempo de trabalho e mais vantagens adquiridas., ocorre que os profissionais da enfermagem com mais tempo de trabalho, pela soma das



vantagens adquiridas, recebem um valor menor que o piso e alguns casos não tiveram seus vencimentos contemplados. Em solidariedade a saúde mental dos profissionais da enfermagem a presente moção faz este apelo.

Instituições Destinatárias: Ministério da Saúde

Motivação: a presente moção faz um apelo ao ministério da saúde, que se reduza a carga horária semanal, para fins de cálculo adotado pela atual cartilha de 44 horas semanais para 30 horas semanais, e a supressão total da soma de vantagens pecuniárias de natureza fixa. De enfermagem, aumentando burnout e outros transtornos relacionados à saúde mental dos profissionais da enfermagem.

Moção nº 47

Inclusão da população LGBTI+ precisa compreender a pluralidade das existências e corpos. Por isso, é insuficiente considerar homofobia separadamente da transfobia. No funcionamento das estruturas de poder, homens trans e transmasculinos (não binários incluídos) tem sofrido com violências e apagamentos que impactam diretamente na saúde mental. Por exemplo, não faz sentido falar de gestação exclusivamente de mulheres cisgêneras, pois há homens trans e transmasculinos com útero. Não faz sentido especificar mulheres cis, travestis, mulheres trans e não binários no sistema carcerário brasileiro sem ter em conta homens trans e transmasculinos, pois também sofrem com a opressão patriarcal. Não faz sentido dizer de acolhimento e cuidado apenas de mulheres em casos de estupro quando sabemos que a violência sexual se abate também sobre homens trans e transmasculinos, Agrava-se a situação por falta de dados institucionais que acessam dados diretamente da receita federal ou da certidão de nascimento, o que muitas vezes conflita com a identidade de gênero autopercebida. Além disso, muitas vezes o medo do desrespeito no atendimento faz com que não se chegue a denunciar (fato já constatado em estudo que consta em artigo da Revista Estudos Transviades). Desse modo, tais violências ficam invisíveis e não geram dados para orientar políticas públicas que incluam homens trans e transmasculinos (não binários incluídos). É urgente garantir cotas em concursos públicos para homens trans, transmasculinos, travestis, mulheres trans e não binários. Assegurar acesso aos espaços de poder e decisão, especialmente para homens trans e transmasculinos que ainda ficam à margem de tais ambientes. Respeito, sempre, à identidade de gênero e nome autodeclarado, assim como às diferenças, em todas as instâncias.

Instituições Destinatárias: Ministério de Direitos Humanos, Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+, Câmara dos Deputados e Senado Federal, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

Motivação: São vários fatores Transfobia Institucional (Estrutural), sendo que o registro de ocorrências policiais mediante o registro de sexo na certidão de nascimento ou CPF nem sempre está de acordo com a identidade de gênero autodeclarada, o que não gera dados fidedignos, invisibilizando homens trans e transmasculinos (incluídos não binários). Falta de homens trans e transmasculinos (incluídos não binários) nos espaços profissionais e de poder e decisão. Falta de cotas para pessoas trans nos concursos públicos.



Moção nº 49

Que o PL3022 seja aprovado, o quanto antes, e que sejam implementados os direitos das pessoas, majoritariamente mulheres, que se responsabilizam pelo cuidado na sociedade. É necessária a remuneração pelo trabalho e o descanso semanal remunerado, para possibilitar o lazer e o autocuidado.

Ao cuidarmos do outro também precisamos ser cuidados. Quando isso não acontece, passamos a apresentar uma série de sintomas que, se não cuidados, podem se transformar em doenças graves como: diabetes, depressão, pressão alta, síndrome de Burnout, fibromialgia, psoríase, dores na coluna etc. Embora saibamos da necessidade de descansar, praticar atividade física, ter momentos de lazer, encontrar amigos é importante. Às vezes, estamos mergulhados em uma rotina tão opressiva e sem vislumbrar alternativas pelas circunstâncias que a realidade nos apresenta, que não conseguimos e não temos como nos afastar das responsabilidades que a função de cuidadora ora nos apresenta. Ora cuidando de um pai, uma mãe, ou filhos com deficiência que exigem companhia em tempo integral.

Instituições Destinatárias: Câmara dos Deputados

Motivação: A existência de um projeto de lei que tramita na Câmara dos Deputados, sob o número PL3022 de 2020, sobre o auxílio cuidador, mas que não foi aprovado até hoje, deixando as cuidadoras sob extrema vulnerabilidade física e emocional, com dificuldade financeira e falta de tempo para o próprio cuidado. As cuidadoras no Brasil vivem hoje sem dignidade humana, ao depender de auxílios de terceiros para a própria sobrevivência, considerando que não têm condições de trabalhar e dedicam-se ao cuidado em tempo integral. Além disso, adoecem com frequência pelos cuidados prestados, sem tempo para cuidarem da própria saúde.

APOIO (7)

Moção nº 02

Pela regionalização Interfederativa da Saúde Mental.

O Decreto 7.508/11 – que Regulamenta a Lei 8080 SUS, tem o importante papel na articulação Interfederativa, cujas Comissões Intergestores (CIT- Tripartite (União); CIB- Bipartite (Estados) e CIR- Regional (Municípios), instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS - instituída pela Portaria nº 3.088, de 23/12/2011, que cria a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)), em cada nível da organização do Sistema: regional, estadual e nacional. Concomitantemente com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde



(CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CoONASEMS) a assinarem o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), firmando os acordos de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede Interfederativa de atenção à saúde, no qual estabelece a organização em Regiões de Saúde, num quantitativo de municípios partícipes que, somados seus munícipes, o equivalente a duzentos mil habitantes, sendo estas instituídas pelo Estado em articulação com os seus municípios, constituída por ações e serviços de atenção primária, vigilância à saúde, rede de atenção psicossocial e seus componentes (*) , urgência e emergência e atenção ambulatorial especializada e hospitalar.

(*) A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: Atenção básica em saúde (Unidade Básica de Saúde; equipe de atenção básica para populações específicas: Equipe de Consultório na Rua; Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório); Centros de Convivência (Centros de Atenção psicossocial especializada; Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades(CAPS I: CAPS II: CAPS III; CAPS AD: CAPS AD III: CAPSi); atenção de urgência e emergência (SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde, entre outros); atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Recolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial); atenção hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral; serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos); e reabilitação psicossocial.

Instituições Destinatárias: Câmara dos Deputados/ Senado Federal/Congresso Nacional/ Presidência da República

Motivação: Aplicabilidade de legislação existente: Decreto 7508\11.

Moção nº 13

Abrir o campo da hanseníase à saúde mental. O Brasil é o 2º país do mundo em contaminação. É uma doença carregada de grave estigma social. Reivindicamos políticas públicas de saúde mental na atenção psicossocial, na formação e na assistência. Que as lutas no campo social, científico, assistencial e de formação façam parte da história do SUS do nosso Brasil.

O campo da hanseníase é um campo de urgências, fato evidenciado na CONFERÊNCIA LIVRE NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E HANSENÍASE: quebrando estigmas. Doença das desigualdades sociais coloca o Brasil em segundo lugar no mundo em contaminação. É uma doença em que pesa o estigma social. Reivindicamos: Políticas de atenção psicossocial, nos territórios, nas comunidades com fortalecimento de grupos locais, movimentos sociais. Estas políticas se estendem a outras doenças infecciosas determinadas socialmente: leishmaniose, chagas, tuberculose. 16 Políticas de formação em saúde incluindo a saúde mental como matéria básica e central no tratamento da hanseníase, tanto pelo preconceito como em relação ao pesado estigma que carrega. Políticas de assistência assegurando equipes multiprofissionais de atendimento,



prevendo o profissional psicólogo nessa equipe capaz de acolher, diagnosticar e cuidar da pessoa afetada pela hanseníase. Prioridade de atendimento psicológico em liberdade aos acometidos pela hanseníase, como modo de cuidado fundamental em relação aos efeitos psíquicos dos traumas, causados pela doença como pelo estigma sociopolítico. Relevamos que o sofrimento humano não deve ser medicalizado com psicotrópicos nem deve receber diagnósticos de doença mental. As exceções devem ser consideradas. Importante relevar que os estigmas são fatores de risco para reações hanseníacas. O corpo também sofre, adoce com o sofrimento psíquico. Políticas patrimoniais: Considerar uma história da hanseníase, como, patrimônio da humanidade, políticas da memória da hanseníase no Brasil. A memória da saúde é fundamental para a saúde mental como fonte de inspiração, reconhecimento e descobertas. Que as lutas no campo social, científico, assistencial e de formação façam parte da história do SUS do nosso Brasil. Homenageamos o cientista, geneticista da FIOCRUZ MILTON OZÓRIO MORAES pelas suas contribuições científicas, Francisco NUNES, o Bacurau, idealizador do MORHAN, Movimento de Reintegração dos acometidos pela hanseníase e Fernando Freitas, da ENSP-FIOCRUZ grande batalhador da luta antimanicomial.

Instituições Destinatárias: Sociedade brasileira, países africanos (Senegal, Moçambique, Nigéria), atingidos pela hanseníase, Ministério da Saúde, Câmara municipal, estadual e federal, Senado Federal.

Motivação: Abrir o campo da hanseníase à saúde mental. O Brasil é o 2º. País do mundo em contaminação. É doença carregada de grave estigma social. Reivindicamos políticas públicas de saúde mental na atenção psicossocial, na formação e na assistência. Que as lutas no campo social, científico, assistencial e de formação façam parte da história do SUS do nosso Brasil.

Moção nº 17

Incluir a equipe de saúde bucal (cirurgião-dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal) no cuidado em saúde (individual e coletivo) às pessoas em situação de rua, bem como, aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em conformidade com a Lei Federal no. 14.572, de 08 de maio de 2023 - Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Também garantir atenção especializada e hospitalar em saúde bucal em pacientes com quadros de alterações de ansiedade, transtornos mentais, crianças, jovens e adultos. Fazer a aquisição de equipamentos odontológicos portáteis para a assistência em ambiente hospitalar.

Instituições Destinatárias: Ministério da Saúde

Motivação: Pessoas com transtornos mentais por vezes necessitam de sedação ou anestesia geral para o atendimento odontológico, e para maior segurança do paciente é preciso que o atendimento seja no ambiente hospitalar com equipe apropriada. As pessoas em situação de rua também necessitam de um atendimento singularizado com equipamento portátil e equipe especializada no local em que vivem, para garantir a inclusão e acesso à saúde bucal.



É necessário, para o cumprimento constitucional, garantindo a Universalidade e Integralidade da atenção, incluir a equipe de saúde bucal (cirurgião-dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal) no cuidado em saúde (individual e coletivo) às pessoas em situação de rua, bem como, aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em conformidade com a Lei Federal no. 14.572, de 08 de maio de 2023 - Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Também garantir atenção especializada e hospitalar em saúde bucal em pacientes com quadros de alterações de ansiedade, transtornos mentais, crianças, jovens e adultos.

Moção nº 18

Implantação de programa nacional permanente de suporte de pares.

MOÇÃO EM DEFESA DOS PROGRAMAS DE SUPORTE DE PARES E DOS GRUPOS DE AJUDA E SUPORTE MÚTUOS Os grupos de ajuda e suporte mútuos são atividades e grupos que acontecem na comunidade e nos serviços da RAPS, como os CAPS e a rede de atenção primária em saúde. Visam acolher as pessoas, trocar experiências de lidar, desdramatizar a vida com o sofrimento mental e combater a discriminação e o estigma, fazer novas amizades, e partir para novas atividades de suporte mútuo no território e na cidade, estimulando a autonomia crescente, o empoderamento e protagonismo das pessoas usuárias e familiares, e o desenvolvimento de projetos de cultura, geração de trabalho e renda, esportes, lazer, e demais atividades sociais. Essas atividades e grupos são facilitados por lideranças de pessoas usuárias e de familiares em processo mais avançado de convivência com o sofrimento mental e com o uso de álcool e drogas, ou seja, são competentes pela experiência. Tudo isso constitui uma experiência internacional já consolidada por mais de 50 anos em muitos países, como **PROGRAMAS DE TRABALHADORES DE SUPORTE DE PARES**, contratados para atuarem junto às equipes de trabalhadores e profissionais de saúde mental. No Brasil, também já temos experiências em vários municípios brasileiros, com farta avaliação e publicação em manuais e publicações acadêmicas, entre os quais o Rio de Janeiro, onde já tem 10 anos, e onde a rede municipal de saúde mental utiliza contratos de trabalho do tipo CLT, como a maioria dos demais trabalhadores do SUS. Assim, **REIVINDICAMOS A IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA NACIONAL PERMANENTE DE SUPORTE DE PARES, FINANCIADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, POR MEIO DE ABERTURA DE EDITAL PARA OS MUNICÍPIOS INTERESSADOS.**

Instituições Destinatárias: Ministério da Saúde e Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

Motivação: Necessidade de avanço no protagonismo de pessoas usuárias e familiares, conforme determinação da convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e lei brasileira de inclusão



Moção nº 24

Abertura imediata de concurso público para a Fundacentro, entendendo as funções estratégicas da Fundacentro e a necessidade imediata de recomposição do seu quadro de pessoal.

Nós, delegados e delegadas da 5CNSM, reunidos/as de 11 a 14 de dezembro em Brasília, tomamos conhecimento do abaixo-assinado para os Ministros Luís Marinho e Ester Dwek, solicitando concurso público urgente para a Fundacentro, publicado no Youtube:<https://rebrand.ly/ue2dkou>. A Fundacentro tem uma nobre missão de pesquisa, formação e difusão do conhecimento na área da saúde e segurança do trabalho atuando inclusive, junto aos trabalhadores informais na construção de ações e estratégias que mitiguem os impactos do modelo de produção e do processo de trabalho na vida e na saúde dos trabalhadores brasileiros.

O sucateamento gerado ao longo dos últimos anos agravados pelo desmonte do Ministério do trabalho e das suas unidades nos estados aprofundados nos últimos 6 anos põe em risco a saúde física e mental dos atuais servidores extenuados pela sobrecarga e pela dificuldade no desenvolvimento das suas atividades e habilidades.

Para um Governo Federal que preza pela vida, pelo emprego decente e pela saúde da classe trabalhadora. Reivindicamos o fortalecimento e a reestruturação da Fundacentro, a qual possui um amplo reconhecimento em nível nacional e internacional. Dessa forma, o concurso é uma das estratégias prioritárias para a sua reestruturação, fazendo com que seu quadro pessoal possa retomar com excelência a missão e os objetivos de uma instituição tão importante e imprescindível para a sociedade e a classe trabalhadora.

Instituições Destinatárias: Câmara dos Deputados/ Senado Federal/ Ministério do Trabalho e Emprego/ Ministério de Gestão e Inovação /Presidência da República

Motivação: A FUNDACENTRO com existência de 57 anos cuja função é produzir e difundir conhecimentos voltados à Prevenção dos acidentes e das doenças relacionados ao trabalho apresenta um déficit 29 gigantesco de servidores em todas as suas áreas – incluindo o Centro Técnico Nacional, em São Paulo e suas Unidades Descentralizadas nos Estados. Este cenário tem sido responsável pelo enfraquecimento da entidade e tem levado os/as servidores/as a um processo de sobrecarga e de adoecimento físico e mental.

Moção nº 33 - Apoio e Solidariedade

Garantir ações públicas permanentes de mobilização e de formação política de base com inclusão digital e participação direta dos usuários da RAPS.

Nós da 2a Conferência Livre Nacional de Usuários da RAPS entendemos que se faz necessário garantir a realização de OFICINAS DE CIDADANIA E DIREITOS POLITICOS, SOCIAIS E HUMANOS em diferentes espaços públicos e no contexto da Saúde Mental Antimanicomial, prioritariamente nos CAPS e nos Centros de Convivência, Cultura, Arte e Economia Solitária (CECO) financiados pelo SUS em todo território brasileiro com a participação direta e encorajada dos usuários da RAPS.



Garantir AÇÕES PÚBLICAS PERMANENTES DE MOBILIZAÇÃO E DE FORMAÇÃO POLITICA DE BASE COM INCLUSÃO DIGITAL DENTRO DA RAPS de forma inclusiva, dialógica e democrática TEMAS, AÇÕES sociopolíticas, artísticos- culturais, de trabalho e geração de renda e INICIATIVAS POPULARES de interesse dos usuários e familiares que integram a RAPS em consonância com os 40 princípios da Educação Popular em Saúde e da Reforma Psiquiátrica, EM DEFESA da participação direta dos usuários da RAPS, com inclusão digital e condições equitativas de acesso aos recursos tecnológicos, ao CONTROLE SOCIAL DO SUS para que as POLITICAS PÚBLICAS DE SAUDE MENTAL sejam pensadas, postas em pautas, reformuladas, implementadas e avaliadas com ampla participação em primeira pessoa dos usuários da RAPS e objetivando a necessária emancipação política e psicossocial das pessoas em processo de sofrimento psíquico no Brasil já há 10 anos apontada no Consenso de Brasília e a criação de Associações e Coletivos presididos por Usuários da RAPS nos diversos pontos da Rede da Atenção Psicossocial do SUS em defesa da redução do estigma social, da despatologização da vida e da emancipação de pessoas em situação de vulnerabilidade psicossocial no Brasil.

Instituições Destinatárias: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, Conselho Nacional dos Direitos Humanos e Presidência da República.

Motivação: O fato que motiva esta Moção é a necessidade de garantir, financiar e fomentar ações públicas permanentes equitativas e inclusivas de mobilização para formação política de base das pessoas usuárias da RAPS, com o objetivo de democratizar o acesso à informação e fomentar a organização política, bem como a ampla participação popular qualificada, de forma direta e efetiva nos espaços de controle social do SUS, com direito à voz e voto de todas as pessoas em processo de sofrimento psíquico.

Moção nº 36

Recomendamos maior investimento nas práticas de Terapia Comunitária, potencializando a intervenção na perspectiva da saúde mental coletiva e da clínica ampliada. A Terapia Comunitária é um instrumento que nos permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Queremos garantir a inclusão da Terapia Comunitária integrativa como oferta de cuidado na RAPS, através da formação de trabalhadores e usuários, como terapeutas comunitários, para desenvolver as práticas nos componentes da RAPS, em especial, na atenção básica.

Instituições Destinatárias: A ORGANIZAÇÃO DA 5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Motivação: Tornar a Terapia Comunitária acessível aos usuários do sistema único de saúde. Capacitar trabalhadores para desenvolver as Rodas de Terapia Comunitária.



REPÚDIO (5)

Moção nº 16 - Aprovada em Plenária CNS

Desvendar o caso e apresentar respostas à família e à sociedade.

MOÇÃO DE REPÚDIO PELA DEMORA, POR PARTE DOS ORGÃO COMPETENTES, AO DESVENDAR O CASO VAVÁ

Nós delegados/as na 5ª Conferência Nacional da Saúde Mental Domingo Sávio realizada em Brasília de 11 a 14 de dezembro do ano de 2023, apresentamos essa Moção de Repúdio pela demora, por parte dos diversos poderes envolvidos, em apresentar solução para o caso de desaparecimento do jovem José Vandeilson Silvina de Sousa (Vavá), da casa de seu avô, que, em surto psicótico, foi levado pelo Conselho Tutelar. Desde então, familiares sofrem a angústia de não terem notícias do seu ente querido. O caso aconteceu em Alto Alegre do Maranhão/MA, em 2020 e ainda não há respostas. Segue abaixo uma das várias reportagens que descrevem o desaparecimento do jovem.

“Jovem Vavá desaparece após visita de Conselho Tutelar em Alto Alegre do Maranhão”

Ainda no ano de 2020, um jovem conhecido como José Vandeilson Silvina de Sousa, com então 17 anos passava por uma crise psicótica no interior do Maranhão, na casa do avô, zona rural de Alto Alegre do MA, o menino Vavá experimentava as consequências da falta de medicamentos controlados que acometeu o interior do Estado.

E com ele, a falta de estrutura governamental seria ainda mais cruel. O mesmo ente público que lhe deixara sem remédio o fez desaparecer, como nos mais sombrios tempos ditatoriais. Naquela crise desencadeada pela doença, seu avô - quando esperava receber uma ambulância com profissionais aptos a cuidar de seu neto - recebeu o Conselho Tutelar de Alto Alegre, e deles recebeu a orientação de deixar sua residência, para que ficassem a sós com o garoto.

Desnorteados, o avô de avançada idade começou a buscar, na redondeza, ajuda para seu neto. Todavia, ao voltar, referido senhor deu voz à pergunta que hoje se faz em todo Brasil: Onde está o Vavá? A pergunta que não quer calar e que as autoridades não sabem responder. Já se passam mais de 7 meses sem notícias do paradeiro do Vavá, um jovem que precisa de medicação e cuidados especiais. Um caso com muitas perguntas e nenhuma resposta. Há relatos que o Conselho tutelar em sua mais profunda ignorância ao invés de procurar ajuda médica chamou a polícia, mas as autoridades de Alto Alegre do Maranhão se negam a prestar qualquer esclarecimento. A família pede ajuda das autoridades.

Fonte: <https://www.maranhaodopovo.com.br/2021/06/jovem-vava-desaparece-pós-visita-de.html>

Instituições Destinatárias: A todas as instâncias de competência responsáveis para desvendar o caso Vavá



Motivação: O desaparecimento do jovem Vavá, pessoa com transtorno mental, que até hoje está sem a resposta dos órgãos competentes sobre sua procedência e estado de saúde

Moção nº 28

Que haja visita de inspeção antes de assinar contrato com os hotéis que acomodarão dos delegados e as delegadas. Que também haja investigação do MP sobre o valor do contrato e o serviço prestado.

Vimos através desta, demonstrar nossa insatisfação com as péssimas condições do hotel Bay Park onde estamos hospedados: Ar-condicionado com defeito em muitos quartos, limpeza ruim, café da manhã insuficiente em qualidade. Neste sentido, repudiamos a organização da conferência pela falta de respeito com os delegados e as delegadas no nosso estado, bem como de demais estados que estão hospedados no mesmo local. Vale ressaltar que essas intercorrências afetam a saúde mental da delegação. Pois, como estar bem de saúde mental dormindo mal!

Instituições Destinatárias: Presidência da República, Ministério da Saúde, Ministério Público Federal e Secretaria Estadual de Saúde do ES.

Motivação: Demonstrar nossa insatisfação com as péssimas condições do hotel Bay Park onde estamos hospedados

Moção nº 31

Desprivatizar o SUS e a Saúde Mental, extinguindo os modelos privatizantes de gestão, as Comunidades Terapêuticas, os hospitais psiquiátricos e de custódia, manicômios judiciais, e instituições asilares e manicomiais no SUS e no SUAS, fortalecendo a RAPS, na perspectiva do cuidado em liberdade e no território sob o controle popular.

Exigimos a reversão dos processos de privatização do SUS em curso, que capturam o fundo público, precarizam o trabalho e desqualificam os serviços de saúde realizados por meio dos modelos privatizantes de gestão e da lógica manicomial - Organizações Sociais (OSs), Fundações Estatais de Direito Privado, EBSEH, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Serviços Sociais Autônomos, Parcerias Público Privadas (PPP) na Saúde, as Comunidades Terapêuticas, os hospitais psiquiátricos, os hospitais de custódia, manicômios judiciais, e demais instituições asilares e manicomiais no SUS e no SUAS. Exigimos que os serviços de saúde, em especial de saúde mental, sejam geridos pela gestão pública e estatal. Nesse processo, dois pontos devem ser considerados: não provocar descontinuidade dos serviços, nem prejudicar trabalhadoras e trabalhadores. Também é necessário reverter a crescente contratualização de serviços privados, ampliando e fortalecendo a RAPS, e demais serviços da rede pública de atenção primária, de média e alta complexidade. Defendemos um SUS público, estatal, universal, sob a administração direta do Estado, gratuito, de qualidade, laico, e sob controle popular. Defendemos que é necessário restaurar a radicalidade dos primórdios do Movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em oposição à saúde como mercadoria e fonte de lucro. Defendemos ainda a estatização da saúde e a alocação exclusiva de recursos públicos



para a ampliação da rede pública de serviços nas três esferas de governo, em especial da RAPS. Propomos a realização de concursos públicos pelo Regime Jurídico Único (RJU) e da carreira pública de Estado para pessoal do SUS e nos posicionamos contra todas as formas de precarização do trabalho e pela eliminação do limite da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com pessoal da saúde e da educação. Exigimos o fim da permissão da entrada de capital estrangeiro na oferta de serviços de assistência à saúde, por meio da aprovação do Projeto de Lei 1.721, de 28/05/2015. Defendemos a extinção da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS). Defendemos o imediato licenciamento compulsório de insumos, medicamentos e vacinas, o fortalecimento da capacidade produtiva dos laboratórios públicos estatais, e o não financiamento público para multinacionais e empresas oligopolistas nacionais de insumos, priorizando as compras públicas de insumos para os laboratórios públicos. Exigimos o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como a expansão e a reformulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Propomos a extinção das Comunidades Terapêuticas e do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas – DEPAD no Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.

Instituições Destinatárias: Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, Ministério da Igualdade Racial, Ministério dos Povos Indígenas, Ministério das Mulheres, Congresso Nacional, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Assistência Social, Conselho Nacional de Política sobre Drogas, Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Social.

Motivação: O SUS e a Saúde Mental não podem ser submetidos à lógica mercantil, manicomial e aos interesses do empresariado presentes nas OSs, OSCIPs, Parcerias Público-Privadas, FEDP, EBSEH, os Serviços Sociais Autônomos, as Comunidades Terapêuticas, os hospitais psiquiátricos e de custódia, manicômios judiciais, e instituições asilares e manicomiais.

Moção nº 37

Nós, delegados e delegadas da V Conferência de Saúde Mental realizada em Brasília, no período de 10 a 14 de dezembro de 2023, repudiamos veementemente a tentativa de criminalização dos profissionais que atuaram na defesa do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial brasileira.

Ambos trabalhadores do SUS, efetivados por meio de concurso público, Rosângela Cecim Albim, assistente social com 40 anos de experiência, sendo 34 deles dedicados ao SUS. Ela coordenou a Saúde Mental em Belém, implantando os primeiros serviços substitutivos em 1998. Além disso, coordenou a implantação da Estratégia de Saúde da Família no município de Belém e liderou o movimento da luta antimanicomial no Pará.

Pedro Júnior, assistente social com 29 anos de experiência, sendo 19 no SUS, trabalhou por 11 anos na Rede de Atenção Psicossocial de Belém. Recebeu duas premiações por sua atuação profissional e no movimento da luta antimanicomial: o Prêmio Stella



Menezes pelo Conselho Regional de Serviço Social – CRESS 1ª Região e a Comenda Marcos Vinícius de Oliveira pelo Instituto Silvia Lane Psicologia e Compromisso Social. Ambos são militantes do Movimento Antimanicomial do Pará e da Rede Nacional Inter Núcleos da Luta Antimanicomial – RENILA. Desde setembro, ocupam a Secretaria Executiva da mesma.

Pedro Jr e Rosângela Cecim possuem capacidade técnica para a defesa do princípio do cuidado em liberdade, assim como a defesa de uma saúde pública, estatal e de qualidade. Não podem ser acusados e punidos por pessoas e instituições que representam e defendem o pensamento privatista e conservador, que a todo custo busca dominar o SUS e suas redes.

Portanto, reiteramos nosso repúdio à tentativa de criminalização desses profissionais que atuaram na defesa do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial brasileira.

Instituições Destinatárias: Tribunal de Justiça do Pará e a Rede Nacional Inter Núcleos da Luta Antimanicomial

Motivação: É inadmissível que Rosângela Cecim Albim e Pedro Nazareno Barbosa Júnior estejam incriminados por difamação por terem se posicionado de forma contrária à contratação da Clínica Voo da Liberdade para o gerenciamento de 07 (sete) serviços residenciais terapêuticos na Região Metropolitana de Belém, Pará.

Moção nº 42 - Aprovada em Plenária CNS

Contra o Projeto de Lei 115 de 2019, de autoria do vereador Nelson Hossri, do município de Campinas (SP), que versa sobre a internação compulsória de pessoas em situação de rua usuárias de álcool e outras drogas. Considerando a gravidade e o preocupante precedente de violência legalizada contra a população, na contramão da lei 10.216 de 2001, da reforma psiquiátrica, solicitamos auxílio para repúdio desta e eventuais propostas similares em todo o território nacional

Instituições Destinatárias: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Justiça, Conselho Nacional de Saúde

Motivação: Tramitação do Projeto de Lei 115 de 2019, de autoria do vereador Nelson Hossri, do município de Campinas (SP).



22. COMISSÃO EXECUTIVA

Nº	NOME	REPRESENTAÇÃO
1	Fernando Zasso Pigatto Coordenador	Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS)
2	Marisa Helena Alves Coordenadora Geral-Adjunta	Coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM)
3	Aila Vanessa David de Oliveira Sousa (2023)	Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa (DGIP), Ministério da Saúde
4	Ana Carolina Dantas Souza	Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde (SE/CNS)
5	Flávio Álvares (2023)	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)
6	Haroldo Jorge de Carvalho Pontes	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS)
7	Sônia Barros (2023)	Departamento Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD), Ministério da Saúde

Assessoria: Maria Eugênia Carvalhaes Cury; Ana Carolina da Conceição e Wagner de Almeida Muniz



23. COMISSÃO ORGANIZADORA

Nº	NOME	SEGMENTO	ENTIDADE
1	Marisa Helena Alves (Coordenadora)	Trabalhadora	Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM)/ Conselho Federal de Psicologia (CFP)
2	Altamira Simões dos Santos de Souza	Usuária	Rede Lai Lai Apejo - Saúde da População Negra e Aids
3	Ana Lúcia Marçal Paduello	Mesa Diretora do CNS	Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras
4	Edna Maria dos Anjos Mota	Trabalhadora	Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)
5	Fernanda Lou Sans Magano	Mesa Diretora do CNS	Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI)
6	Fernanda Rodrigues da Guia	Trabalhadora	Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM)/ Associação Nacional da Carreira de Desenvolvimento das Políticas Sociais (ANDEPS)
7	Flávio Álvares (2023)	Gestor	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)
8	Francyslane Vitoria da Silva	Usuária	Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM)/ Coletivo Nacional de Juventude Negra
9	Haroldo Jorge de Carvalho Pontes	Gestor	Conselho Nacional dos (as) Secretários (as) de Saúde (CONASS)
10	Heliana Hemetério	Mesa Diretora do CNS	Rede Nacional de Lésbicas e Bissexuais Negras Feministas (Candaces)
11	Jeferson Rodrigues	Trabalhador	Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM)/ (Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN))
12	José Vanilson Torres da Silva	Usuário	Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM)/ Movimento Nacional População de Rua (MNPR)
13	Lisiane Vieira dos Santos	Usuária	Rede Lai Lai Apejo - Saúde da População Negra e Aids
14	Luiz Aníbal Vieira Machado	Usuário	Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST)
15	Madalena Margarida da Silva Teixeira	Mesa Diretora do CNS	Central Única dos Trabalhadores (CUT)



Nº	NOME	SEGMENTO	ENTIDADE
16	Moysés Longuinho Toniolo de Souza	Usuário	Rede Nacional de Pessoas Vivendo Com HIV e AIDS (RNP+ BRASIL)
17	Neilton Araújo de Oliveira	Mesa Diretora do CNS	Ministério da Saúde (MS)
18	Priscilla Viégas Barreto de Oliveira	Trabalhadora	Rede Unida
19	Shirlene Queiroz de Lima	Trabalhadora	Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM)/ Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI)
20	Sônia Barros (2023)	Gestora	Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD), Ministério da Saúde

Assessoria: Maria Eugênia Carvalhaes Cury; Ana Carolina da Conceição e Wagner de Almeida Muniz.

24. COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

NOME	REPRESENTAÇÃO
José Vanilson Torres (Coordenador)	Comissão Organizadora da 5ª CNSM/ Movimento Nacional População de Rua (MNPR)
Adilson G. Silva	Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental (FASM)
Álvaro Augusto de Andrade Mendes	Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA)
Ana Lucia Paduello	FORSUS (Superando o Lúpus)
Evalcilene Costa dos Santos	FORSUS (Movimentos Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP)
Gilson Silva	FORSUS (Força Sindical)
Helisleide Bonfim	Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA)
Isabela de Oliveira Sobrinho	FENTAS (Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR)
Itamar Tatuhy Sardinha Pinto	Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM) (Sociedade Brasileira de Bioética (SBB)
Ivanilde Vieira Batista	FORSUS (Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde ANEPS)
Jessica Gabriella de Souza Izabel	Pastoral Nacional do Povo de Rua (PNPR)
Laura Fusaro Camey	Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA)
Leonardo Pinho	Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME)
Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva	Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM) (Associação brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO)
Mario Alexandre Moro	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA)
Ruth Cavalcanti Guilherme	FENTAS/ Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN)



NOME	REPRESENTAÇÃO
Shirlene Queiroz de Lima	Comissão Organizadora da 5ª CNSM/ Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI)
Cleide Jane Figueiró de Araújo	Comissão Organizadora da 5ª CNSM/ Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS (ANAIDS)
Altamira Simões dos Santos de Souza	Comissão Organizadora da 5ª CNSM/ Rede Nacional Lai Lai Apejo - Saúde da População Negra e Aids
A indicar. Tinha previsão, NÃO TEVE INDICAÇÃO	Gestores
A indicar. Tinha previsão, NÃO TEVE INDICAÇÃO	Gestores

Assessoria: Maria Eugênia Carvalhaes Cury; Ana Carolina da Conceição e Wagner de Almeida Muniz

25 COMISSÃO DE ARTE, CULTURA E EDUCAÇÃO POPULAR

NOME	REPRESENTAÇÃO
Altamira Simões dos Santos de Sousa (Coordenadora)	Comissão Organizadora da 5ª CNSM/ Rede Nacional Lai Lai Apejo – Saúde da População Negra e Aids
Coordenador Adjunto Paulo Henrique Scrivano Garrido (Coordenador Adjunto)	Sindicato dos servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública
Cledson Fonseca Sampaio	Rede Nacional de Pessoas vivendo com HIV e Aids
Gabriel Henrique Pereira de Figueiredo	Conselho Federal de Psicologia
José Ramix de melo Pontes Junior	Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares
Neli Maria Castro de Almeida	Departamento Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD), Ministério da Saúde
Regina Célia de oliveira Bueno	Articulação Nacional de AIDS
Renata Soares de Souza	Movimento Nacional das Cidadãs Positivas
Ruth Bittencout	Associação Brasileira de ensino e pesquisa em Serviço Social
Sarlene Moreira da Silva	Coordenação das organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
Thais Soboslai	Departamento Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD), Ministério da Saúde
Yuri Santos Brito	Gabinete da Secretaria Executiva

Assessoria: Carolina Terra



26 COMISSÃO DE INFRAESTRUTURA

NOME	REPRESENTAÇÃO
Claudia Renata Silva	Departamento de Saúde Mental (SAES)
Elaine Junger Pelaez	Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)
Eliane de Fátima Machado Lago	Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB)
Elita Maria de Melo	Gabinete da Secretaria-Executiva
Lauana Ribeiro dos Santos	Departamento de Saúde Mental (SAES)
Luiz Aníbal Vieira Machado	Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST)
Ruth Cavalcanti Guilherme	Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN)
Thiago Soares Leitão	Rede Nacional de Religiões Afrobrasileiras e Saúde (RENAFRO)
Vânia Lúcia Ferreira Leite	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)
Veridiana Ribeiro da Silva	Conselho Federal de Farmácia (CFF)
Vitória Bernardes Ferreira	Associação Amigos Múltiplos Pela Esclerose (AME)
Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa	Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ)

27 COMISSÃO DE FORMULAÇÃO E RELATORIA

NOME	REPRESENTAÇÃO
Fernanda Rodrigues da Guia (Coordenadora)	Comissão Organizadora da 5ª CNSM/ Associação Nacional da Carreira de Desenvolvimento das Políticas Sociais (ANDEPS)
Eduardo Mourão Vasconcelos	Relatoria da IV CNSM
Fernanda Nicácio	Relatoria da IV CNSM
Rossano Cabral Lima	Relatoria da IV CNSM
Edna Maria dos Anjos Mota	Comissão Organizadora da 5ª CNSM/ FENTAS (Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)
Alex Gomes da Motta	FORSUS (Pastoral Nacional de Saúde)
Barbara Eleonora Bezerra Cabral	Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA)



Fabiane Dias de Mendonça	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA)
Neli Maria de Castro de Almeida - participou até início de 2023. SUBSTITUÍDA por Heloisa Elaine dos Santos.	Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental (FASM)
Andressa Carvalho Castelli - colaborou no Documento Orientador. SUBSTITUÍDA por Gabriela Carvalho Teixeira	Frente Nacional de Saúde de Migrantes (FENAMI)
Régia Maria Prado Pinto	Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM)/ Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)
Maria de Nazareth R. Malcher de Oliveira Silva	Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM)/ Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO)
Laís Alves de Souza Bonilha	FENTAS/ Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (Abenfisio)
Déborah Raymundo Melecchi - Indicada em 2023	FENTAS/ Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar)
Jacildo de Siqueira Pinho	FORSUS/ Confederação Nacional de Trabalhadores do Trabalhadoras na Agricultura Familiar (CONTRAF - BRASIL)
Carmem Sandra Modesto Guedes	Rede Nacional de Consultórios de e nas Rua
Shimene Cristina Scheid Dias	Liga Brasileira de Lésbicas (LBL)
Gerídice Lorna Andrade de Moraes	FORSUS (Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ)
Maria da Conceição Silva - participou até início de 2023.	FORSUS (União de Negras e Negros pela Igualdade (UNEGRO)



Ana Maria Fernandes Pitta CONVIDADA, colaborou até início de 2023 Ex-Coordenadora Política Nacional da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool Drogas (CGMAD). Participou das Comissões de Relatoria de todas as 5 Conferências nacionais de Saúde Mental

Sônia Barros CONVIDADA, colaborou até início de 2023 Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN)

Roberto Tykanori Kinoshita CONVIDADO, colaborou no Documento Orientador. Ex-Coordenador Política Nacional da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool Drogas (CGMAD)

Renata Weber CONVIDADA, colaborou no Documento Orientador Pesquisadora (UFRJ)

Assessoria: Wagner de Almeida Muniz e Ana Carolina da Conceição (2022) Lucas Leismann da Silva; Carolina Carvalho Gomes (2023 e 2024); Rodrigo Oscar Roman (2022 a 2024).

Em cerca de 3 anos de colaboração com o Conselho Nacional de Saúde a Comissão de Formulação e Relatoria da 5ª CNSM manteve o compromisso com a conferência, e entregou: Documento Orientador da 5ª CNSM; colaboração na adaptação do Sistema de Conferências às normativas da 5ª CNSM; Relatório Nacional Consolidado da 5ª CNSM; Oficinas de Relatoria, tendo sido realizadas a) 2 Oficinas on-line, tendo como público alvo as pessoas reladoras dos conselhos estaduais de saúde, dias 19 e 20 de outubro de 2022), b) 2 Oficinas on-line para Equipe Ampliada de Relatoria, previamente à conferência, dias 04 e 05 de dezembro de 2023 e c) mais 2 Oficinas presenciais no início da conferência, dias 10 e 11 de dezembro (2023); trabalho da Equipe Ampliada de Relatoria na etapa nacional da 5ª CNSM; minuta da Resolução CNS nº 739/2024 - Dispõe sobre a publicação das diretrizes, propostas e moções aprovadas na 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Domingos Sávio, entre outras medidas correlatas; e a elaboração do Relatório Final da 5ª CNSM.

28 EQUIPE AMPLIADA DE RELATORIA

A Equipe Ampliada da Relatoria da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Domingos Sávio foi composta por 61 pessoas, dentre as quais 17 pessoas usuárias da RAPS e familiares, com indicações de movimentos de Reforma Psiquiátrica Brasileira.



Funções e Atividades da Equipe Ampliada de Relatoria

a) Coordenação da Comissão de Formulação e Relatoria (Fernanda da Guia):

I - Realizar a coordenação geral das funções da Equipe Ampliada de Relatoria.

b) Coordenação de Eixo e Sintetização:

I - Sintetizar propostas com o uso do Sistema e-propostas, após o lançamento das deliberações dos GT para cada Eixo;

II – Elaborar o Relatório para Plenária Final;

III – Preferencialmente acompanhar e registrar as deliberações na Plenária Final;

IV - Sempre que possível atuar como Pessoa Relatora Volante.

c) Coordenação de Apoio a Grupos de Trabalho e Relatores Volantes:

I - Orientar pessoas reladoras sobre suas atividades nos GT;

II - Dirimir dúvidas dos demais participantes dos GT sobre a função da relatoria e outras questões relacionadas aos GT e normativas da conferência;

III - Prestar apoio ao uso do Sistema de Conferências - Módulo de GT.

d) Pessoas Reladoras de Grupo de Trabalho e Registro em Sistema de Conferência:

I - Acompanhar as discussões e transcrever para o sistema o resultado da deliberação dos GT, com base no registro da Pessoa Secretária na planilha auxiliar (drive);

II - Nem sempre há tempo suficiente durante o GT para transcrever o resultado das deliberações no sistema. Assim, as pessoas reladoras devem finalizar este trabalho na sala de Relatoria.

e) Coordenação de Moções e Pessoas Reladoras de Moções:

I - Receber moções. Acolher pessoas delegadas que querem apresentar moção, e, havendo demanda neste sentido, orientar sobre redação e preenchimento do formulário;

II - Elaborar o Relatório de Moções para a Plenária Final.

f) Pessoas Reladoras para Relatório Final:

I – Apresentar o Relatório para mesa da Plenária Final;

II - Registrar processo e resultado da votação em plenária e dirimir eventuais dúvidas e questionamentos sobre o Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho para deliberação na Plenária Final da 5ª CNSM.



Equipe Ampliada de Relatoria da 5ª CNSM

Nome	Segmento ou Representação	Função na Relatoria
Fernanda da Guia	Profissional	Coordenadora da Comissão de Formulação e Relatoria
Jossinete Maria Piauilino de Miranda	Pessoa usuária da RAPS	Coord. Eixo e Sintetização
Sueli Maria do Nascimento	Familiar de pessoa usuária da RAPS (RENILA)	Coord. Eixo e Sintetização
Caio Wilmers Manço	Pessoa Usuária da RAPS (ABRASME)	Coord. Eixo e Sintetização
Eduardo Mourão	Relator IV CNSM	Coord. Eixo e Sintetização
Fernanda Nicácio	Relatora IV CNSM	Coord. Eixo e Sintetização
Rossano Cabral	Relator IV CNSM	Coord. Eixo e Sintetização
Barbara Cabral	Profissional (RENILA)	Coord. Eixo e Sintetização
Heloisa Santos	Profissional (FASM)	Coord. Eixo e Sintetização
Fabiane Dias	Profissional (MNLA)	Coord. Eixo e Sintetização
Gabriela Teixeira	Profissional (FENAMI)	Coord. Eixo e Sintetização
João Mendes	Gestor	Coord. Eixo e Sintetização
Edna Mota	Profissional	Coordenadora de Apoio à Relatoria nos GT
Débora Melecchi	Profissional	Coordenadora de Apoio à Relatoria nos GT
Juliana Bruno	Gestora	Pessoas Reladoras Volantes
Jacildo Pinho	Pessoa usuária	Pessoas Reladoras Volantes
José Carlos Alves da Silva	Pessoa usuária da RAPS	Pessoas Reladoras Volantes
Nazareth Malcher	Profissional	Pessoas Reladoras Volantes
Márcia Oliveira	Gestora	Pessoas Reladoras Volantes
Régia Prado	Profissional	Pessoas Reladoras Volantes
Carmen Guedes	Profissional	Pessoas Reladoras Volantes
Alex Mota	Pessoa usuária	Coordenador de Moções
Lais de Souza	Profissional	Pessoa Relatora de Moções
Clara Passos	Pessoa usuária	Pessoa Relatora de Moções
Geridice Lorna	Pessoa usuária	Pessoa Relatora de Moções
Marden Filho	Gestor	Pessoa Relatora de Moções
Shimene Scheid	Pessoa usuária	Pessoa Relatora - GT 1
Clara Parente Barreto Oka	Profissional	Pessoa Relatora - GT 1
Samantha Larroyed	Pessoa usuária da RAPS	Pessoa Relatora - GT 2
Maira Pinto Rodrigues	Profissional	Pessoa Relatora - GT 2
Ivaneizilia Noletto	Profissional	Pessoa Relatora - GT 3
Iza Gurgel da Silva	Profissional	Pessoa Relatora - GT 3
Nathalia da Silveira Derengowski	Profissional	Pessoa Relatora - GT 4
Marilda Pereira Yamashiro Tani	Profissional	Pessoa Relatora - GT 4
Sid Orleans Cruz	Gestor	Pessoa Relatora - GT 5



Janainny Magalhaes Fernandes	Profissional	Pessoa Relatora - GT 5
Debora Cristina Sampaio do Valle	Profissional	Pessoa Relatora - GT 6
Natália Naldoni	Profissional	Pessoa Relatora - GT 6
Alex Amorim	Pessoa Usuária da RAPS (MONULA)	Pessoa Relatora - GT 7
Renata Nogueira Antum Gomes	Profissional	Pessoa Relatora - GT 7
Pedro de Paula do Nascimento Teixeira	Pessoa usuária da RAPS (RENILA)	Pessoa Relatora - GT 8
Vitor Henrique Silva Pimenta	Familiar de pessoa usuária da RAPS (RENILA)	Pessoa Relatora - GT 9
Ana Luiza Aranha e Silva	Profissional	Pessoa Relatora - GT 9
André Luiz Ferreira	Familiar de pessoa usuária da RAPS (MNLA)	Pessoa Relatora - GT 10
Maria Giovana Borges Saidel	Profissional	Pessoa Relatora - GT 10
Lília Nascimento Villela	Familiar de pessoa usuária da RAPS (MNLA)	Pessoa Relatora - GT 11
Ana Ferraz Amstalden	Profissional	Pessoa Relatora - GT 11
Camila Andrade de Carvalho Mourão	Familiar de pessoa usuária da RAPS	Pessoa Relatora - GT 12
Tiana Brum de Jesus	Profissional	Pessoa Relatora - GT 12
Amanda Noguera	Pessoa usuária da RAPS	Pessoa Relatora - GT 13
Patrícia Magno	Defensora Pública	Pessoa Relatora - GT 13
Analice de Oliveira	Familiar de pessoa usuária da RAPS	Pessoa Relatora - GT 14
Maria de Betania Garcia Chaves	Profissional	Pessoa Relatora - GT 14
Jonatas Maia da Silva de Oliveira	Pessoa usuária da RAPS	Pessoa Relatora - GT 15
Paula Érica Batista de Oliveira	Profissional	Pessoa Relatora - GT 15
Jéssica Correa Moreira	Pessoa usuária da RAPS	Pessoa Relatora - GT 16
Júnia Prosdocimi	Profissional	Pessoa Relatora - GT 16
Maria de Lourdes Dias de Vasconcellos	Pessoa usuária da RAPS (CES-ES)	Pessoa Relatora - GT 17
Taís Silva Oliveira	Pessoa usuária da RAPS	Pessoa Relatora - GT 17
Elaine Maria Silva das Neves	Profissional	Pessoa Relatora - GT 18
Lorena Potira	Profissional	Pessoa Relatora - GT 18

Assessoria: Lucas Leismann da Silva; Carolina Carvalho Gomes; Rodrigo Oscar Roman; Neuza Castanha.



29 GRUPO DE TRABALHO DE ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL

Fernanda Rodrigues da Guia - Coordenadora da Comissão de Formulação e Relatoria (Comissão Organizadora/ ANDEPS)

Edna Maria dos Anjos Mota (Comissão Organizadora/ FENTAS/ COFEN)

Jossinete Piauilino (Pessoa usuária da RAPS)

Fernanda Nicácio (Relatora IV CNSM-I)

Eduardo Mourão Vasconcelos (Relator IV CNSM-I)

Rossano Cabral Lima (Relator IV CNSM-I)

Barbara Eleonora Bezerra Cabral (RENILA)

Fabiane Dias de Mendonça (MNLA)

Heloisa Elaine dos Santos (FASM)

Gabriela Carvalho Teixeira (FENAMI)

30. PESSOAS COORDENADORAS E SECRETÁRIAS DOS GRUPOS DE TRABALHO

Priscila Oliveira	Emmanoelly Silva	Naara Aragão
Aginaldo Engel Knevez	Ermínia Ciliberti	Neide Barros
Amana Simões	Fernanda Penkala	Rafaela Fernandes
Amanda dos Santos	Fernando Pessoa	Raíssa Rodrigues
Ana Lago	Helenice Nakamura	Rayanne Tavares
Anselmo Dantas	Jacinta Sena	Renata Soares
Antônio Alves	Julia Lamardo	Roberto Nascimento
Bárbara Vaz	Juliana Santos	Rosana Balestero
Carlos Alberto	Kelly Schneider	Rosemary Calazans
Cristina Francelin	Lisete Bertoldo Silva	Soraya Mister
Daniel Elia	Luciana Mara	Sylvia Elizabeth Peixoto
Diele Santos	Marcelly Barbieri	Talita Garrido
Ed Garcia	Marcus Vinicius	Vanessa Andrade
Eduardo Carvajal	Mauri Bezerra	Walquíria Alves Barbosa
Elaine Pelaez	Moysés Toniolo	





Fonte: CNS

ANEXO - LEGISLAÇÃO, NORMATIVAS E OUTROS TERMOS CITADOS NAS PROPOSTAS

Este Anexo apresenta Convenções, Decretos, Emendas Constitucionais, Editais, Leis, Notas Técnicas, Portarias, Resoluções e Termos identificados nas propostas que serão discutidas na 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

Nas propostas foram identificados, também, diversos Termos relativos às pessoas usuárias de serviços (crianças, jovens, adultos e idosos) e necessidades/experiências/questões de saúde mental; alguns destes Termos não constavam no Documento Orientador desta 5ª CNSM. Tendo em vista a relevância de serem adotados Termos que superem diferentes formas de preconceito, discriminação e exclusão, considera-se essencial que, na discussão dos grupos, tais Termos possam ser verificados em consonância com aqueles adotados na luta antimanicomial e reforma psiquiátrica, nas Conferências Nacionais de Saúde Mental anteriores, e na política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas do SUS e políticas públicas intra e intersetoriais.



1. LEGISLAÇÃO E NORMATIVAS

Convenções

Convenção 187: Convenção sobre o Quadro Promocional para a Segurança e a Saúde no Trabalho, adotada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) em 2006. Disponível em:

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2017/08/16300/0502405029.pdf>

Convenção 190: Convenção sobre a eliminação da violência e do assédio no mundo do trabalho, adotada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) em 21 de junho de 2019. Disponível em:

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/genericdocument/wcms_729459.pdf

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. No Brasil, o [Decreto 6.949 de 25 de agosto de 2009](#) promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm

Decretos (ordenados por ordem numérica e cronológica de publicação)

Decreto-Lei 2848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Artigo 128 em destaque [Não se pune o aborto praticado por médico: Aborto necessário I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; Aborto no caso de gravidez resultante de estupro II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.] Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm

Decreto 6.286 de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm



Decreto 6.949 de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm

Decreto 7.234 de 19 de julho de 2010. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES). Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7234.htm

Decreto 9.761 de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional de Drogas. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm

Decreto 11.098 de 20 de junho de 2022. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/decreto/d11098.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2011.098%2C%20DE%2020%20DE%20JUNHO%20DE%202022&text=Aprova%20a%20Estrutura%20Regimental%20e,comiss%C3%A3o%20e%20fun%C3%A7%C3%B5es%20de%20confian%C3%A7a.

Revogado pelo Decreto 11.358, de 01 de janeiro de 2023. Disponível em:

<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=11358&ano=2023&ato=680kXWU9kMZpWTd10>

Emendas Constitucionais (ordenadas por ordem numérica e cronológica de publicação)



Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm

Emenda Constitucional 55, 20 de setembro de 2007. Altera o art. 159 da Constituição Federal, aumentando a entrega de recursos pela União ao Fundo de Participação dos Municípios. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc55.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%2055%2C%20DE,Fundo%20de%20Participa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Munic%C3%ADpios

Emenda Constitucional 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm

Informação complementar: “Alterou o inciso I do §2º do art. 198 da [Constituição Federal](#) referente ao valor mínimo e as normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde e definindo que será cumprido progressivamente em cinco anos, a partir de 2016. Revogou o inciso IV do §3º do mesmo artigo que previa a possibilidade de o percentual mínimo da União ser reavaliado, por Lei Complementar, pelo menos a cada cinco anos. Determinou a inclusão, para fins de cumprimento do montante mínimo aplicados pela União, dos recursos destinados para a área de saúde oriundos da exploração de petróleo e gás natural e das emendas individuais”. Disponível em:

<https://www.conass.org.br/guiainformacao/a-emenda-constitucional-no-86-de-17-de-marco-de-2015/>

Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm



Informação complementar: O Conselho Nacional de Saúde (CNS) contextualiza: “A regra que limita o orçamento público alterou a Constituição Federal através da Emenda Constitucional (EC) 95, promulgada em dezembro de 2016, congelando os gastos públicos com políticas sociais até o ano 2036. Com a EC 95 as despesas e investimentos ficaram limitados aos mesmos valores gastos no ano anterior, corrigidos somente pela inflação”. Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2607-teto-de-gastos-cns-reune-conselheiros-municipais-e-estaduais-de-saude-para-seminario-sobre-orcamento>

Em 23 de maio foi publicada uma recomendação do CNS de ajustes à nova proposta de arcabouço fiscal. Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/3019-cns-recomenda-ajustes-no-novo-arcabouco-fiscal-para-manutencao-da-saude-como-direito-%20fundamental>

Emenda Constitucional 100, de 26 de junho de 2019. Alterou os arts. 165 e 166 da Constituição Federal para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária proveniente de emendas de bancada de parlamentares de Estado ou do Distrito Federal. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc100.htm#:~:text=Emenda%20Constitucional%20n%C2%BA%20100&text=Altera%20os%20arts.,do%20%C2%A7%203%C2%BA%20do%20art.

Emenda Constitucional 102, de 26 de setembro de 2019. Dá nova redação ao art. 20 da Constituição Federal e altera o art. 165 da Constituição Federal e o art. 107 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc102.htm

Informação complementar: A EC 102 “[...] exclui do teto de gastos o dinheiro que a União repassa a estados, DF e municípios pela exploração de petróleo.” Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/09/26/promulgada-emenda-que-exclui-repasse-do-petroleo-do-teto-de-gastos-da-uniao>



Leis (ordenadas por ordem numérica e cronológica de publicação e ao final constam as Leis Estadual e Municipal, e um Projeto de Lei)

Lei 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17853.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20apoio%20%C3%A0s,P%C3%BAblico%2C%20define%20crimes%2C%20e%20d%C3%A1

Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm

Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Lei 10.708 de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm#:~:text=LEI%20No%2010.708%2C%20DE,Art.

Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. **(Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022).** Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm



Informação complementar: A Lei 14.423, de 22 de julho de 2022, altera a Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm#art1

Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm

Lei 12.852, de 05 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm

Lei 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2013.105%2C%20DE%2016%20DE%20MAR%C3%87O%20DE%202015.&text=C%C3%B3digo%20de%20Processo%20Civil.&text=Art.%201%C2%BA%20O%20processo%20civil,se%20as%20disposi%C3%A7%C3%B5es%20deste%20C%C3%B3digo

Informação complementar: O Capítulo IV do Código Civil se intitula “Da sucessão das partes e dos procuradores”.

Lei 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm



Lei 13.429, de 31 de março de 2017. Altera dispositivos da Lei 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/l13429.htm

Lei 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm

Lei 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cgpnps/atos-normativos/lei-no-13-819-de-26-de-abril-de-2019.pdf/view#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,3%20de%20junho%20de%201998>

Lei 13.935, de 11 de dezembro de 2019. Dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/l13935.htm

Lei Estadual 11.189 de 09 de novembro de 1995 [Paraná]. Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais. Disponível em:

<https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=4261&indice=1&totalRegistros=1&dt=12.3.2020.14.23.55.322>



Lei Municipal 14.615 de 16 de maio de 2023 [Juiz de Fora-MG]. Autoriza a presença de profissionais de psicologia nas escolas privadas e públicas municipais de Ensino Infantil e Fundamental e dá outras providências. Substitutivo ao Projeto nº 162/2021, de autoria do Vereador Cido Reis. Disponível em:

<https://www.camarajf.mg.gov.br/sal/norma.php?njt=LEI&njn=14615&njc=>

Projeto de Lei 3418/2021. PL apresentado em 04 de outubro de 2021, pela Deputada Professora Dorinha Seabra Rezende (DEM-TO), com a ementa: Altera a Lei nº 14.113, de 25 de dezembro de 2020, que regulamenta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb). A tramitação foi encerrada, com a aprovação da Lei 14.276, de 27 de dezembro de 2021: Altera a Lei nº 14.113, de 25 de dezembro de 2020, que regulamenta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb). Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14276.htm

Editais e Notas Técnicas da Gestão Federal

Os Editais e a Nota Técnica estão ordenados por ordem cronológica

Edital SENAD/SENAPRED 01 de 25 de abril de 2018. Torna público a abertura do processo de credenciamento para a contratação de serviços especializados de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário. Disponível em:

https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/Edital_CredenciamentoSENAD_n%20012018.pdf

Edital SENAD/SENAPRED 17 de 10 de dezembro de 2019. Torna pública a abertura do processo de credenciamento e de habilitação para a contratação de serviços de acolhimento a dependentes químicos, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário. Disponível em:

https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/Edital%2017/Edital%2017-2019%20-%20MC-SENAPRED.pdf



Nota Técnica CGMAD/DAPES/SAS/MS 11 de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em:

<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

Na assinatura eletrônica SEI consta que “Este documento foi cancelado em 06/02/2019 15:32:29”. Disponível em:

https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0

Portarias e Resoluções

As Portarias estão ordenadas por ordem cronológica de publicação, independente de instância de origem; as Resoluções estão agrupadas no final também por ordem cronológica.

Portaria GM/MS 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Portaria GM/MS 1.174 de 07 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174_07_07_2005_comp.html

Portaria Normativa Interministerial 17 de 24 de abril de 2007. Institui o Programa Mais Educação, que visa fomentar a educação integral de crianças, adolescentes e jovens, por meio do apoio a atividades socioeducativas no contraturno escolar. Disponível em:



http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/mais_educacao.pdf

Portaria GM/MS 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html#:~:text=Cria%20os%20N%C3%BAcleos%20de%20Apoio%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia%20%2D%20NASF.&text=Consideran%20o%20inciso%20II%20do%20art.

Portaria GM/MS 992 de 13 de maio de 2009*. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html

***ver Portaria GM/MS 2.198, de 6 de Dezembro de 2023.** Institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2198_07_12_2023.html

Portaria Interministerial 3.696 de 25 de novembro de 2010. Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri3696_25_11_2010.html

Portaria GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Portaria GM/MS 3.088 de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

*** ver Portaria de Consolidação GM/MS 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das Normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde. Anexo V Rede de Atenção Psicossocial (art. 1º ao art. 118 e Anexo 1 do Anexo V – Matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html

E em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/37483.html>

***ver Portaria de Consolidação GM/MS 6, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do sistema único de saúde. Capítulo III - do financiamento da rede de atenção psicossocial (art. 976 ao art. 1062). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html#TITULOVIICAPIV

Portaria GM/MS 148 de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html

Portaria GM/MS 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

Portaria Interministerial 1.413 de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.



Disponível

em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1413_10_07_2013.html

Portaria GM/MS 2.761 de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html

Portaria GM/MS 1.063 de 23 de julho de 2015. Aprova o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), nos termos do anexo a esta Portaria. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1063_23_07_2015.html

m

Portaria MS/SAS 1.482 de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html

Portaria GM/MS 344 de 01 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20preenchimento%20do,sistemas%20de%20informa%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde

Portaria GM/MS 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html



Portaria GM/MS 3.588 de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

Portaria MS/SAS 544 de 07 de maio de 2018. Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt0544_20_06_2018.html

Portaria GM/MS 2.434 de 15 de agosto de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html

Portaria GM/MS 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html

Portaria MC 340 de 30 de março de 2020: Estabelece medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente de infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19), no âmbito das Comunidades Terapêuticas. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria-340-20-mcidania.ht



Portaria MC/SEDS/SNAS 69 de 14 de maio de 2020. Aprova recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia do novo Coronavírus, Covid-19. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-69-de-14-de-maio-de-2020-257197675>

Portaria conjunta MC/SEDS/SNAS 4 de 22 de outubro de 2020. Aprova orientação técnica conjunta para a atuação intersetorial e integrada entre a rede socioassistencial e as Comunidades Terapêuticas no enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19) junto à população em situação de rua, usuária abusiva de substâncias psicoativas. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-4-de-22-de-outubro-de-2020-284713412>

Portaria GM/MS 3.090 de 23 de dezembro de 2011, republicada em 26 de dezembro de 2021. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html

Portaria MC 690 de 25 de outubro de 2021. Estabelece o Modelo de Plano Individual de Atendimento de Adolescentes - PIA e o Fluxograma de Acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas, em conformidade com a Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020 e com o disposto nos artigos 23-A, 23-B e 26-A da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, conforme redação dada pela Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-mc-n-690-de-25-de-outubro-de-2021-354622274>



Portaria MC 700 de 25 de outubro de 2021. Regulamenta a fiscalização das Comunidades Terapêuticas que realizam o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas, no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-mc-n-700-de-25-de-outubro-de-2021-354632483>

Portaria MS/SAES 15 de 07 de janeiro de 2022. Altera atributos de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prt0015_13_01_2022.html

Portaria GM/MS 596 de 22 de março de 2022. Revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0596_23_03_2022.html

Portaria GM/MS 635 de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>

Resolução 6 de 13 de abril de 2016. Estabelece parâmetros para a Supervisão Técnica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente do SUAS – PNEP/SUAS. Disponível em:

<https://blog.mds.gov.br/redesuas/resolucao-no-6-de-13-de-abril-de-2016-2/>

Resolução CIT 32 de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em:



<https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2017/resolu-o-cit-n-32.pdf/view>

Resolução CIT 35 de 25 de janeiro de 2018. Estabelece prazo para manifestação dos gestores que receberam recursos de implantação de serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade e não implantaram e efetivaram o seu funcionamento. Disponível em:

<https://www.gov.br/mds/pt-br/acao-a-informacao/legislacao/resolucao/resolucao-cit-no-35-2018-de-25-de-janeiro-de-2018>

Resolução CIT 36, de 25 de janeiro de 2018. Define o prazo para os gestores enviarem manifestação ao Ministério da Saúde e define a suspensão da transferência dos recursos de custeio referente às habilitações dos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade que não estejam em funcionamento ou não apresentem a produção assistencial registrada nos sistemas de informação em saúde considerando as políticas de atenção à saúde. Disponível em:

<https://www.gov.br/mds/pt-br/acao-a-informacao/legislacao/resolucao/resolucao-cit-no-36-2018-de-25-de-janeiro-de-2018>

Resolução CNJ 487, de 15 de Fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Disponível em:

<https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>

Notas Técnicas e Resoluções de Conselhos Profissionais

Nota Técnica CFP 1 de 01 de março de 2023. Visa a orientar psicólogas e psicólogos sobre a prática da Constelação Familiar, também denominada Constelações Familiares Sistêmicas. Disponível em:



https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2023/03/Nota-Tecnica_Constelacao-familiar-03-03-23.pdf

Resolução CFM 1995 de 9 de Agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em:

<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=10938&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1995&situacao=VIGENTE&data=09-08-2012&vide=sim>



2. TERMOS

Como indicado no início desse Glossário, nas propostas foram identificados, também, diversos Termos relativos às pessoas usuárias de serviços (crianças, jovens, adultos e idosas) e necessidades/experiências/questões de saúde mental; alguns destes Termos não constavam no Documento Orientador desta 5ª CNSM. Tendo em vista a relevância de serem adotados Termos que superem diferentes formas de preconceito, discriminação e exclusão, considera-se essencial que, na discussão dos grupos, tais Termos possam ser verificados em consonância com aqueles adotados na luta antimanicomial e reforma psiquiátrica, nas Conferências Nacionais de Saúde Mental anteriores, e na política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas do SUS e políticas públicas intra e intersetoriais.

Atenção Residencial de Caráter Transitório da RAPS: referido Portaria GM/MS 3.088 de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

* ver **Portaria de Consolidação 3 de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das Normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANE_XOVTITIICAPIISECIV

CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II, CAPS AD II: referidos na Portaria GM/MS 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

e na Portaria GM/MS 3.088 de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html



*** ver Portaria de Consolidação 3 de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das Normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANE_XOVTITIICAPIISECIV

CAPS AD III, referido na Portaria 2.841 de 20 de setembro de 2010* ([Revogada pela Portaria GM/MS nº 130 de 26.01.2012](#)). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841_20_09_2010_comp.html

***ver Portaria 130 de 26 de janeiro de 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html

***ver Portaria GM/MS 3.088 de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013*.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

*** ver Portaria de Consolidação 3 de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das Normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANE_XOVTITIICAPIISECIV

CAPS III regionais/CAPS Regionalizado: referido na Portaria GM/MS 130 de 26 de Janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html

CAPS AD IV: referido na Portaria 3588 de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

Revogada pela Portaria GM/MS 757 de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757_22_06_2023.html

Centros de Convivência e Cultura (CECO): referido na Portaria 3.088 de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

e na Portaria GM/MS 874 de 14 de Julho de 2023. Institui Grupo de Trabalho para formulação do Programa Nacional para os Centros de Convivência da Rede de Atenção Psicossocial - PNCC. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0874_18_07_2023.html

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF): referido na Portaria 1554 de 30 de Julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html

Consultórios na Rua: referido na Portaria 122 de 25 de Janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

CONECTE-SUS: Plataforma de saúde para o cidadão, profissionais e gestores de saúde. Disponível em: <https://conectesus.saude.gov.br/home>

Contrarreforma trabalhista: referência à Lei 13.467, de 13 de julho de 2017 – Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452,



de 1º de maio de 1943, e as Leis n º 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/113467.htm

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Decreto 6.949 de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm

Cooperativismo social/Cooperativas sociais: referido na Lei 9.867 de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos conforme especifica. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19867.htm#:~:text=LEI%20No%209.867%2C%20DE%2010%20DE%20NOVEMBRO%20DE%201999.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20cria%C3%A7%C3%A3o%20e,social%20dos%20cidad%C3%A3os%2C%20conforme%20especifica.&text=II%20%E2%80%93%20o%20desenvolvimento%20de%20atividades,industriais%2C%20comerciais%20e%20de%20servi%C3%A7os

e também Portaria GM/MS 3.088 de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

* ver **Portaria de Consolidação 3 de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das Normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOVTITIICAPIISECIV

e ainda no Decreto 8.163 de 23 de dezembro de 2013. Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social - Pronacoop Social, e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/decreto/d8163.htm



O Decreto 8.163 de 23 de dezembro de 2013 foi revogado pelo [Decreto 10.087 de 05 de novembro de 2019 \(Vigência\)](#). Declara a revogação, para os fins do disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, de decretos normativos. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D10087.htm#art1

Educação Permanente em Saúde (EPS): referido na Portaria 198/GM em 13 de fevereiro de 2004 Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/pneps>

Educação Popular em Saúde: referido na Portaria 2761 de 19 de Novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html

Equidade no SUS: A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, no Art. 7 do Capítulo II (Dos princípios e diretrizes), caracteriza como um dos princípios do SUS: IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

“A promoção da equidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social. Orientado pelo respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social, o princípio da equidade inclui o reconhecimento de determinantes sociais, como as diferentes condições de vida, que envolvem habitação, trabalho, renda, acesso à educação, lazer, entre outros que impactam diretamente na saúde.” Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/o-que-e-equidade>

Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM): referido na Portaria 3588 de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de



Consolidação 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

Revogado pela Portaria GM/MS 757 de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757_22_06_2023.html

Estratégia de Saúde da Família/Equipe da Atenção Básica (ESF/EAB): referido na Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

e na Portaria 18 de 7 de janeiro de 2019. Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2019/prt0018_10_01_2019.html

Idosos: A Lei 14.423, de 22 de julho de 2022, altera a Lei 10.741 (Estatuto da Pessoa Idosa), de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm#art1

Imigrantes: Conforme a Lei 13.445, de 24 de maio de 2017, caracteriza-se como imigrante “a pessoa nacional de outro país ou apátrida que trabalha ou reside e se estabelece temporária ou definitivamente no Brasil”. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm

Integralidade em Saúde: A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, no Art. 7 do Capítulo II (Dos princípios e diretrizes), destaca que “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde



(SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no [art. 198 da Constituição Federal](#)” e caracteriza como um dos princípios do SUS: II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Leitos Integrais de Atenção em Saúde Mental em Hospitais Gerais: referido na Portaria GM/MS 148 de 31 de Janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html

Matriciamento / Apoio Matricial: referido na Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Programa Saúde na Escola - PSE: referido no Decreto 6.286 de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm

e na Portaria Interministerial 1055 de 30 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html

Rede de Atenção à Saúde (RAS): referido no Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização



do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS): Referido na Portaria 1434 de 28 de Maio de 2020. Institui o Programa Conecte SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde e dispor sobre a adoção de padrões de interoperabilidade em saúde. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1434_01_06_2020_rep.html

Redução de Danos: referido na Portaria 1028 de 1 de Julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html

e ver também normativas posteriores

Regiões de saúde: referido no Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

Residência Multiprofissional em Saúde: referido na Portaria Interministerial 2.117 de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192

e ver também normativas posteriores.



Serviço Residencial Terapêutico/Residência Terapêutica: referido na Portaria GM/MS 106 de 11 de Fevereiro de 2000. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf

e na Portaria 3090 de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html

Serviços/Atenção de Urgência e Emergência em Saúde Mental na Perspectiva da Reforma Psiquiátrica: referido na Portaria GM/MS 3.088 de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

* ver Portaria de Consolidação 3 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das Normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOVTITIICAPIISECIV

Síndrome de Burnout: Referido na Portaria 2309 de 28 de fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2309_01_09_2020.html

Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS): Referido na Portaria 281 de 27 de Fevereiro de 2014. Institui o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0281_27_02_2014.html



Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS): referido na Portaria 53 de 16 de janeiro de 2013. Estabelece diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e fixa prazos para registro e homologação de informações, em observância ao art. 39 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0053_16_01_2013.html

e ver Portaria de Consolidação 1 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html#ART422

Telemedicina: referido na Lei 14510 de 27 de dezembro de 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da tele saúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm#:~:text=Ao%20profissional%20de%20sa%C3%BAde%20s%C3%A3o,Art

Unidade de Acolhimento de Adultos/Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAA/UAI): referido na Portaria 121 de 25 de fevereiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html

Unidade Móvel Fluvial de Saúde: referido na Portaria 941 de 22 de dezembro de 2011. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0941_22_12_2011.html







5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL DOMINGOS SÁVIO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

