

**DELIBERAÇÕES DA XII REUNIÃO DO COLEGIADO NACIONAL  
DE COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL**

De 29 de Novembro a 01 de Dezembro de 2010

Brasília/DF

A criação de mecanismos colegiados de gestão tripartite da Política de Saúde Mental do SUS é uma das mais importantes conquistas dos últimos anos e se consolida com a instituição por portaria do **Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental**, ao final do ano de 2010. No governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, esse fórum adquiriu funções deliberativas, com forte ênfase na definição das linhas estratégicas da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (PNSM).

O Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, consolidado por meio da **Portaria GM nº 3796, de 06 de dezembro de 2010** (Anexo I), em sua composição ampliada, é integrado por mais de 120 pessoas, entre coordenadores de Saúde Mental dos estados, das capitais e de cidades acima de 250.000 habitantes, além de representantes e consultores do Ministério da Saúde, CONASS, CONASSEMS e COSEMS. Mais recentemente, após a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, o Colegiado incluiu em sua composição, representantes dos setores parceiros: Ministérios da Justiça, do Trabalho e Emprego/Secretaria Nacional de Economia Solidária, da Educação, do Desenvolvimento Social e do Combate a Fome e da Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República.

Em sua XIIª Reunião, em Brasília, entre os dias 29 de novembro e 01º de dezembro de 2010, o Colegiado teve como pontos principais de pauta **a discussão sobre o balanço da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras; a análise dos desafios para a sustentabilidade da Política e da Reforma Psiquiátrica; e a construção da agenda para 2011.**

A programação desta reunião contou com a realização de cinco mesas redondas, uma roda de conversa, oito grupos de trabalho divididos por temas, e plenárias (Anexo II).

O cenário político de transição do governo, nos âmbitos federal e estaduais, e a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, em junho de 2010, contribuíram para que a XII Reunião do Colegiado fosse um dos encontros mais importantes desse fórum desde sua implantação. Na ocasião, o Colegiado recebeu visita do Ex-Ministro da Saúde José Gomes Temporão, que reconheceu os avanços da PNSM e da Reforma Psiquiátrica, reforçou a importância de colegiados gestores no SUS, e, por fim, assinou a Portaria nº 3796/2010, que consolidou o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental como um colegiado de gestão da PNSM.

São deliberações do Colegiado Nacional de Saúde Mental, em sua XII Reunião:

### **I. Quanto à Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas:**

1. Que seja garantido, junto ao novo governo, a continuidade das diretrizes e linhas de ação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas;
2. Que o financiamento da rede de saúde mental, álcool e outras drogas do SUS corresponda a 5% do financiamento do setor saúde;
3. Que seja ampliado o investimento dos estados no financiamento da rede pública de saúde mental, álcool e outras drogas, assegurando que o financiamento seja tripartite;
4. Que seja retomada a discussão sobre a Lei de Responsabilidade Sanitária, com o estabelecimento de critérios mínimos para a saúde mental;
5. Que haja o reconhecimento e a ampliação da interlocução direta com os usuários e familiares de saúde mental e não, exclusivamente, com as entidades;
6. Que seja ampliado o diálogo com as associações profissionais, por meio da criação de Grupo de Trabalho, no âmbito do colegiado, com o objetivo de realizar interlocução com as entidades de classe;
7. Que seja realizada Oficina Nacional, com participação da Procuradoria Geral da República e entidades médicas, em 2011;
8. Que as diretrizes da Associação Mundial de Psiquiatria sejam referência para o diálogo com as entidades médicas e o avanço na consolidação da PNSM;
9. Que seja estimulada a organização de grupo de psiquiatras favoráveis à mudança do modelo de atenção em saúde mental, para contribuir no debate entre a saúde pública e o campo da psiquiatria;
10. Que seja mantido o Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental nas Coordenações Nacional, Estaduais e Municipais;
11. Que seja realizado o acompanhamento pelas coordenações estaduais do repasse de recursos aos municípios que ainda não possuem gestão plena.

### **II. Quanto à IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial:**

12. Que sejam realizadas ações que dêem visibilidade às propostas aprovadas na IV CNSM – I, por meio da ampla divulgação de seu Relatório Final e da realização de debates sobre suas recomendações;
13. Que sejam elaboradas estratégias para a implantação das propostas aprovadas na IV CNSM – I, nas três esferas da gestão;

14. Que seja estabelecida uma nova forma de relação e participação de usuários e trabalhadores da saúde mental com as instâncias do controle social.

### **III. Quanto às Questões Estratégicas para a Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental na Conjuntura 2010-2011:**

15. Que sejam fortalecidas as práticas dos gestores da saúde mental, por meio de ações do Programa de Formação Permanente;
16. Que sejam implantadas bibliotecas com referências básicas nos CAPS e demais serviços da rede pública de saúde mental;
17. Que a legislação e normas já existentes sejam amplamente divulgadas para contribuir com os processos de gestão;
18. Que sejam consolidadas e ampliadas as alianças com entidades e associações profissionais, parlamentares, promotores públicos, dentre outros(as), com vistas a gerar consensos, pautar pontos comuns e trabalhar pontos de divergência;
19. Que o Ministério da Saúde realize Oficina Nacional com o objetivo de discutir a judicialização da saúde mental, com participação das entidades de classe, Justiça e Ministério Público;
20. Que seja aprofundada a discussão sobre a medicalização na rede de saúde mental, álcool e outras drogas;
21. Que o CONASEMS pautar as questões relativas ao uso problemático de álcool e outras drogas, com a participação dos diversos setores, problematizando o tema a partir da vulnerabilidade, violência e outros componentes;
22. Que seja fortalecida a relação do SUS com o SUAS.

### **IV. Quanto aos Dispositivos e Arranjos de Fortalecimento da Gestão da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas nas 3 esferas:**

23. Que, na estrutura do Ministério da Saúde, seja criado um Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, em 2011;
24. Que o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental seja reconhecido como instância que amplia, aprofunda e fortalece as políticas de saúde mental, álcool e outras drogas;
25. Que sejam implantados colegiados gestores regionais, fóruns temáticos, apoiadores institucionais, comitês de monitoramento e avaliação, além de dispositivos para a formação permanente de gestores, em todas as regiões do país, com vistas ao fortalecimento do processo de gestão do SUS;

26. Que sejam constituídos colegiados de gestão regional, de forma articulada com movimentos sociais e fóruns de participação popular;
27. Que colegiados regionais e estaduais de saúde mental incluam representantes intersetoriais e de conselhos de saúde em suas reuniões;
28. Que as instâncias deliberativas e consultivas da saúde mental, álcool e outras drogas incluam, em sua composição, parceiros intersetoriais dos direitos humanos, da cultura, do trabalho, da economia solidária, da justiça, da assistência social, da educação, do esporte e lazer, entre outros;
29. Que seja recomendado aos estados e municípios que mantenham estruturas de gestão colegiada para conduzir a política de saúde mental de forma articulada com CONASS, CONASEMS e COSEMS;
30. Que seja incluído pelo menos um articulador regional de saúde mental em cada Regional de Saúde dos Estados com definição de atribuições;
31. Que o articulador de saúde mental estadual acompanhe as reuniões da Comissão Intergestores Bipartite;
32. Que sejam redefinidos o perfil, a localização na estrutura do município e a coordenação dos conselhos municipais de políticas sobre drogas;
33. Que sejam expandidos mecanismos de formação de gestores de saúde mental, em 2011;
34. Que a Saúde Mental aproxime ainda mais seu diálogo com outros campos da intra e intersetorialidade;
35. Que seja utilizado o modelo do matriciamento para o fortalecimento das redes e da gestão;
36. Que os usuários da saúde mental sejam incluídos em comissões de fiscalização dos serviços de saúde, especialmente naquelas que tratam dos hospitais psiquiátricos e de custódia, conforme recomendado na Carta de Direitos dos Usuários;
37. Que haja o estímulo para o estabelecimento de fóruns de participação popular e a articulação com os colegiados de gestão da política de saúde mental;
38. Que a participação dos usuários e familiares nos colegiados gestores seja ampliada.

#### **V. Quanto à Saúde Mental na Atenção Básica:**

39. Que sejam realizadas reuniões mensais entre gestores e trabalhadores da rede de saúde mental com o objetivo de discutir o fluxo da rede e as ações de matriciamento;
40. Que as equipes dos NASF sejam ampliadas, sobretudo em regiões de baixa cobertura e maior vulnerabilidade para problemas de saúde mental e pelo uso de álcool e outras

drogas;

41. Que os gestores e trabalhadores de saúde mental e da atenção básica possam discutir e reorganizar as ações dos NASF;
42. Que os gestores possam contribuir para que as Equipes de Saúde da Família (ESF) atuem como ordenadoras do cuidado em saúde;
43. Que seja discutido com as equipes da rede de saúde mental, o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de forma a potencializar e valorizar suas ações;
44. Que as ações realizadas pelos profissionais da medicina sejam ampliadas, tendo em vista que ainda existe um aprisionamento do papel do médico como prescritor de medicamentos e de laudos e um acúmulo de atendimentos e consultas individuais;
45. Que o fenômeno da medicalização seja mais discutido, no âmbito do SUS;
46. Que as ações em saúde mental voltadas a mulheres gestantes ou que se encontram na fase de puerpério sejam ampliadas;
47. Que os gestores, matriciadores e profissionais da saúde mental e da atenção básica estimulem a articulação das ESF com os CAPS;
48. Que sejam resgatados os princípios da Estratégia Saúde da Família, do matriciamento dos CAPS e proposto um fluxo de funcionamento da rede;
49. Que todas as Equipes de Saúde da Família e demais equipes da Atenção Básica sejam capacitadas para realizarem ações de saúde mental e de prevenção e atenção ao usuário de álcool e outras drogas;
50. Que as equipes de saúde mental e da Atenção Básica sejam capacitadas para atuarem em situações de desastres por chuvas, deslizamentos, enchentes, queimadas, etc;
51. Que o Caderno de Atenção Básica Saúde Mental seja amplamente divulgado;
52. Que seja constituída linha específica de financiamento para as ações de matriciamento de saúde mental na Atenção Básica.

## **VI. Quanto à Política Nacional de Saúde Mental da Infância e Adolescência:**

53. Que sejam priorizados as políticas e programas de saúde mental voltadas a crianças, adolescentes e jovens, nas três esferas de gestão;
54. Que a rede de atenção em saúde mental para crianças, adolescentes e jovens seja ampliada com a implantação de novos CAPSi e ampliação de profissionais de saúde mental, NASF e ESF, no âmbito da atenção básica;
55. Que sejam realizadas ações de prevenção do uso de drogas, promoção de saúde e de saúde mental, tratamento e reabilitação psicossocial com ênfase nas crianças, adolescentes e jovens em situação de risco e vulnerabilidade social;

56. Que o acesso ao tratamento a crianças e adolescentes com problemas de álcool e outras drogas seja ampliado, sobretudo em municípios que ainda não possuem rede CAPS (CAPSad, CAPSi);
57. Que seja ampliada e fortalecida a política de atenção integral às crianças, adolescentes e jovens com autismo e desenvolvidas estratégias que melhorem as respostas das redes de saúde e saúde mental para a questão dos transtornos globais de desenvolvimento;
58. Que sejam ampliadas e fortalecidas as políticas e programas de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes que se encontram em medida sócio-educativa;
59. Que sejam criados novos indicadores de cobertura para os serviços de saúde mental infanto-juvenil;
60. Que os fóruns de atenção em saúde mental infanto-juvenil sejam mais efetivos em seu caráter deliberativo;
61. Que sejam implantados fóruns regionais de saúde mental infanto-juvenil;
62. Que seja implantado na estrutura das três esferas de gestão, um núcleo responsável especificamente para a infância e adolescência em saúde mental;
63. Que sejam realizadas oficinas regionais para discutir estratégias que contribuam para o avanço da política de saúde mental infanto-juvenil;
64. Que os CAPSi capacitem profissionais da rede e atuem como referência para qualificação de outros profissionais;
65. Que as ações de matriciamento em saúde mental infanto-juvenil sejam ampliadas e fortalecidas;
66. Que o Fórum Nacional de Saúde Mental aconteça com periodicidade semestral.

## **VII. Quanto à Política Nacional de Álcool e outras Drogas:**

67. Que sejam criados mais editais para o fortalecimento da rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, com maior flexibilidade para regiões prioritárias;
68. Que seja ampliado o debate sobre os contextos locais adversos, especialmente, em municípios que priorizem a implantação de leitos em Comunidades Terapêuticas ao invés de ampliar o investimento em serviços substitutivos;
69. Que sejam realizados encontros e oficinas para produzirem consensos sobre o papel das Comunidades Terapêuticas no SUS, especialmente no que se refere ao seu papel, fiscalização, avaliação e monitoramento;
70. Que sejam fortalecidas as redes de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas com cobertura insuficiente, desarticulada e frágil;

71. Que sejam estimulados novos estudos e pesquisas sobre álcool e outras drogas de forma a reunir acúmulo teórico e prático sobre o tema e oferecer respostas mais efetivas no âmbito do SUS;
72. Que sejam realizados encontros e oficinas com estudiosos visando à reflexão/produção teórica de cadernos/publicações do MS, no campo de álcool e outras drogas;
73. Que seja debatido o tema da judicialização da internação no campo de álcool e outras drogas, por meio de Encontro Nacional com Justiça e Promotoria;
74. Que todas as Escolas de Redução de Danos insiram as equipes dos CAPSAd em seus programas de formação para contribuir na qualificação das práticas realizadas nos serviços, na ampliação das ações de redução de danos nesses serviços e diminuição das demandas por internações;
75. Que sejam produzidos e divulgados mais orientações sobre o funcionamento e as ações dos Consultórios de Rua;
76. Que sejam ampliados os canais de diálogo e parceria com a sociedade civil;
77. Que sejam estabelecidos e pactuados critérios políticos (disponibilidade e desenho da rede) além dos critérios técnicos (clínicos) para a implantação e funcionamento de leitos em hospital geral;
78. Que o Ministério da Saúde realize encontros e agendas descentralizadas nos estados e regiões estratégicas para o debate sobre as políticas e programas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas no SUS;
79. Que sejam ampliadas as estratégias de educação permanente e de educação à distância, como telemedicina, *chats* de intercâmbio de experiências entre os serviços;
80. Que sejam produzidos novos dados epidemiológicos e indicadores;
81. Que seja ampliado o diálogo com o poder legislativo;
82. Que a política de redução de danos seja fortalecida no âmbito do SUS;
83. Que sejam elaborados dispositivos legais para contratação de redutores de danos no SUS;
84. Que sejam realizadas ações que possibilitem um posicionamento mais político no campo de álcool e outras drogas no âmbito do governo, das universidades e da sociedade civil;
85. Que no debate sobre o uso de drogas sejam incluídos profissionais do campo das ciências sociais e humanas;
86. Que haja uma aproximação maior do SUS com as Universidades, no campo de álcool e outras drogas;

87. Que sejam promovidos debates sobre a atenção integral à população de rua;
88. Que sejam estruturados/reestruturados conselhos municipais e estaduais sobre drogas;
89. Que sejam fomentados espaço /fóruns macrorregionais sobre álcool e outras drogas;
90. Que seja dada maior visibilidade à Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas;
91. Que sejam estimuladas a criação de associações de usuários de álcool e outras drogas e seus familiares;
92. Que o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) seja aprimorado, com informações de álcool e outras drogas;
93. Que seja retomado o AVALIAR CAPS;
94. Que seja elaborada CARTA DO COLEGIADO para a Presidente Dilma com informações e recomendações sobre a Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas e o Plano Interministerial Emergencial de Enfrentamento ao Crack;
95. Que seja construída Portaria Interministerial com diretrizes e responsabilidades de cada setor na rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas;
96. Que seja discutida a proposta de utilização dos recursos do FUNAD para a ampliação e fortalecimento da rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas;
97. Que seja criada agenda com governadores para garantir repasse de recursos estaduais para co-financiamento de serviços territoriais de atenção em saúde mental, álcool e outras drogas;
98. Que o Manual de Redução de Danos seja revisto e ampliado.

#### **VIII. Quanto ao Programa Nacional de Educação Permanente/Pesquisa e Avaliação:**

99. Que o manual de CAPS seja revisado no sentido reafirmar o papel dos CAPS como dispositivo para formação permanente, reforçando o matriciamento e a supervisão da rede de saúde mental como ferramentas de fortalecimento das redes e gestão
100. Que o dispositivo de supervisão seja ampliado e que a supervisão clínico institucional envolva toda a rede de atenção psicossocial do território em que o CAPS se encontra;
101. Que sejam implantadas novas Escolas de Supervisores;
102. Que seja garantida a continuidade de programas como a Pró-Residência e o Pró-Saúde e outros mecanismos para formação adequada em psiquiatria especialistas e/ou ênfase em saúde mental para outros médicos tais como clínicos e pediatras;
103. Que seja ofertada na política de educação permanente, curso de especialização para



- médicos de outras especialidades que trabalham na rede de serviços substitutivos;
104. Que sejam realizadas oficinas de realinhamento conceitual e de sensibilização para gestores de todos os níveis, incluindo os parceiros intersetoriais;
  105. Que os gestores municipais e estaduais se aproximem da Política de Educação Permanente;
  106. Que sejam desenvolvidos espaços de formação e estudo no cotidiano dos serviços e sistematização das boas práticas para publicação;
  107. Que sejam fortalecidos os processos de supervisão clínico institucional da rede como ferramenta de formação e valorização dos processos de trabalho;
  108. Que seja estimulada a formação de escolas tais como de saúde mental, supervisores e redutores de danos;
  109. Que as experiências avaliativas dos Estados subsidiem os dispositivos de avaliação e monitoramento do Ministério da Saúde;
  110. Que seja instituído Grupo de Trabalho para discutir indicadores da qualidade da rede de serviços;
  111. Que sejam utilizadas todas as redes virtuais e outras tecnologias de educação à distância compatíveis com a política de saúde mental;
  112. Que sejam elaboradas revistas eletrônicas municipais, regionais e nacional.

#### **IX. Quanto ao Processo de Desinstitucionalização:**

113. Que seja construída nova regulamentação para o custeio das residências terapêuticas, com aumento dos recursos de custeio, e pactuada proposta de resolução na Tripartite para que o recurso da AIH acompanhe o paciente para garantir a transferência de recurso;
114. Que sejam realizadas ações com o objetivo de mobilizar os municípios a acolherem seus moradores, egressos de hospitais psiquiátricos e de custódia, de forma solidária;
115. Que sejam criadas estratégias para intensificar o processo de desinstitucionalização nos estados e municípios, de forma articulada com a política dos direitos humanos;
116. Que todo CAPS atue como referência de pelo menos uma SRT; em municípios que não possuem CAPS que as ESF/AB se responsabilizem pelo acompanhamento dos moradores de SRT;
117. Que seja intensificado o processo de inclusão de usuários no Programa De Volta para Casa (PVC);
118. Que seja revisto o valor do benefício do PVC para 1 salário mínimo;
119. Que a condução dos processos judiciais se dê de forma a evitar a judicialização;
120. Que os parceiros da intersetorialidade sejam incluídos no debate do processo de

- desinstitucionalização; os SRT devem estar articulados com as políticas de habitação;
121. Que haja maior articulação da gestão com os movimentos sociais, universidades e redes sociais para co-responsabilização nos processos de desinstitucionalização;
  122. Que sejam realizados encontros que possibilitem a repolitização do discurso sobre o processo de desinstitucionalização;
  123. Que seja repactuado com gestores a importância de acelerar os processos de desinstitucionalização;
  124. Que haja maior redução da porta de entrada nos hospitais psiquiátricos;
  125. Que seja realizado Encontro de Moradores de RTs com a Presidenta;
  126. Que seja realizado censo em hospitais psiquiátricos e de custódia em todos os estados.

#### **X. Quanto aos Direitos Humanos e a Relação com a Justiça:**

127. Que seja criada uma comissão de revisão de internações psiquiátricas e de comunidades terapêuticas;
128. Que sejam realizadas articulações locais para aproximar o diálogo com os operadores do direito de forma a reduzir a judicialização e garantir suporte jurídico para as questões ligadas a saúde mental e justiça;
129. Que sejam realizadas ações para potencializar e instrumentalizar o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, tendo em vista que o núcleo tem como uma de suas atribuições o acolhimento e encaminhamento de denúncias de maus tratos e violação dos direitos humanos;
130. Que sejam elaborados mecanismos de interlocução com o Conselho Nacional de Justiça para alinhamento conceitual;
131. Que seja realizada discussão pública sobre direitos humanos e saúde mental por meio de Seminários;
132. Que seja aprofundado o tema sobre a distinção entre o campo dos direitos humanos e do direito civil;
133. Que seja incluído na pauta das discussões dos direitos humanos o processo de desinstitucionalização dos hospitais de custódia e da assistência prestada nestes serviços.

#### **XI. Quanto aos Arranjos Regionais e Microrregionais e a Rede de Urgência e Emergência:**

134. Que sejam realizadas ações para a ampliação de mecanismos de regulação regional;
135. Que sejam construídos mecanismos formais de arranjos regionais da rede de urgência e emergência;
136. Que as redes de atenção a urgência e emergência (SAMU, CAPS III, Urgência de

- Saúde Mental em HG) já existentes sejam fortalecidas;
137. Que sejam realizadas ações que garantam para a atenção em saúde mental na rede de urgência e emergência do SUS;
  138. Que sejam elaboradas novas estratégias de regionalização;
  139. Que as ferramentas do TELE-SAÚDE sejam utilizadas na atenção a urgência e emergência;
  140. Que sejam elaboradas estratégias de intervenção precoce a crise voltadas a crianças e adolescentes;
  141. Que sejam estruturados mecanismos de regulação dos leitos;
  142. Que os Programas de Educação Permanente incluam o tema da abordagem às crises;
  143. Que seja garantida a continuidade dos acordos feitos no Pacto pela Saúde;
  144. Que a saúde mental seja incluída nos Comitês de Urgência e Emergência;
  145. Que sejam criadas novas tecnologias de atenção à crise, e que a experiência da crise seja abordada dentro de uma perspectiva ampliada;
  146. Que sejam realizados debates sobre a experiência da crise nas redes de atenção a saúde e de saúde mental e de proteção social; a rede deve ser vista como um dispositivo capaz de prevenir a crise e realizar articulações comunitárias;
  147. Que seja garantido às pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas o acesso aos leitos de atenção contínua nas UPAS;
  148. Que as redes locais do SUS e as redes sociais de outros campos sejam potencializadas;
  149. Que sejam organizadas redes intermunicipais de gestores para pactuar a regulação dos leitos;
  150. Que sejam construídos protocolos para atenção à crise no campo da saúde mental;
  151. Que os gestores locais sejam sensibilizados para garantir a criação de leitos de atenção integral em saúde mental, álcool e outras drogas em novos serviços e/ou ampliar serviços já existentes;
  152. Que sejam construídas estratégias para o atendimento a crise nas UPAS.

## **XII. Quanto à Política Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária e Ações com Usuários e Familiares da Saúde Mental:**

153. Que os programas de geração de renda, arte e cultura e as associações de usuários e familiares sejam pautas prioritária nas agendas dos gestores e dos trabalhadores de serviços de saúde mental;

154. Que as experiências locais de geração de trabalho e renda sejam reunidas em planos municipais e estaduais de inclusão social pelo trabalho de forma a constituir uma rede solidária;
155. Que o apoio técnico e financeiro aos projetos de arte, cultura e renda seja ampliado, nos três níveis de gestão;
156. Que sejam realizadas articulações com parceiros intersetoriais;
157. Que os gestores e trabalhadores da rede de saúde mental, álcool e outras drogas incentivem a articulação das iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários com as incubadoras públicas e universitárias;
158. Que seja realizado mapeamento e acompanhamento das associações de usuários e familiares existentes, nos três níveis de gestão;
159. Que seja realizado mapeamento e acompanhamento das iniciativas de arte, cultura e renda, nos três níveis de gestão;
160. Que seja apoiado o fortalecimento e participação das associações de usuários e familiares da saúde mental no processo de gestão;
161. Que os colegiados gestores regionais incluam em sua composição usuários e familiares, representantes das associações de usuários e familiares;
162. Que sejam realizadas novas capacitações para gestores, trabalhadores, usuários e familiares atuarem no campo da saúde mental e da economia solidária (exemplo: I Turma Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária; Ciclo de Capacitação realizado pelo MS e pela ITCP/COPPE/UFRJ, em parceria com a SENAES);
163. Que todos os gestores, trabalhadores, usuários e familiares conheçam e divulguem os documentos publicados no campo da saúde mental e economia solidária: I Oficina Nacional de Experiências de Geração de Trabalho e Renda da Saúde Mental (2004), Relatório Final do GTI Saúde Mental e Economia Solidária (2005), Portaria 1169/2005, I Conferência Temática de Cooperativismo Social, IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial e II Conferência Nacional de Economia Solidária, entre outros;
164. Que as iniciativas/empreendimentos de usuários e familiares da rede de saúde mental, álcool e outras drogas sejam capacitadas e qualificadas;
165. Que o diálogo com os parceiros intersetoriais seja ampliado: trabalho/economia solidária, cultura, educação, assistência social, direitos humanos e universidades, entre outros parceiros;
166. Que os gestores garantam que as propostas aprovadas na I Conferência Temática de Cooperativismo Social, IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial e II Conferência Nacional de Economia Solidária e neste Colegiado sejam implementadas;

167. Que seja incentivada a criação de associações de usuários e familiares nos CAPS.

**O Colegiado encaminha:**

- I) Carta ao Presidente do Senado Federal – Ato Médico (Anexo III);
- II) Carta à Presidente eleita abordando as linhas gerais do Plano Emergencial de Enfrentamento ao Crack e o tema das Comunidades Terapêuticas (documento em construção, por comissão tirada na Plenária do Colegiado, em fase final de revisão).

**Composição do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental:**

Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas;

Coordenadores Estaduais de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas;

Coordenadores Municipais de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas das Capitais;

Coordenadores Municipais de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas de Municípios acima de 200 mil habitantes;

Coordenadores Municipais de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas de Municípios com mais de 300 leitos e/ou em processo de desinstitucionalização;

Representantes das Áreas Técnicas do Ministério da Saúde;

Representantes dos Parceiros Intersetoriais;

Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS – Direção Nacional e Representante dos COSEMS

Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde - CONASS

**Anexos:**

Anexo I: Portaria nº 3.796, de 06/12/2010, que institui o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental;

Anexo II: Programação da XII Reunião do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental;

Anexo III: Carta ao Presidente do Senado Federal – Ato Médico

## ANEXO I –

### PORTARIA N.3.796, DE 6 DE DEZEMBRO DE 2010

Institui o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental e define sua composição.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 2001, que redireciona o modelo de atenção em saúde mental;

Considerando as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, que define a intersectorialidade como componente essencial da Política Nacional de Saúde Mental;

Considerando a legislação normativa do Sistema Único de Saúde, que estabelece a gestão tripartite e descentralizada;

Considerando a necessidade de criar mecanismos de aperfeiçoamento da gestão tripartite da política de saúde mental, sob os princípios da Reforma Psiquiátrica;

Considerando a experiência acumulada de gestão do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental, instituído em 2003, resolve:

Art. 1º Instituir o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, de caráter consultivo, com a finalidade de:

I - assessorar o Ministério da Saúde na condução da Política Nacional de Saúde Mental;

II - propor mecanismos de avaliação e monitoramento dessa Política;

III - elaborar relatórios técnicos sobre situações complexas que necessitam de intervenção da gestão;

IV - analisar e propor as atualizações necessárias para as normas técnicas e as diretrizes do Ministério da Saúde sobre saúde mental e atenção integral em álcool e outras drogas; e

V - contribuir para ampliar a interlocução da gestão da política de saúde com as organizações da sociedade civil, das entidades científicas e profissionais, e das políticas intersetoriais.

Art. 2º Estabelecer que o Colegiado Nacional tenha a seguinte composição:

I - Secretaria de Atenção à Saúde/MS: 1 representante:

a) Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental/DAPES, que o coordenará;

II - Coordenadores Estaduais de Saúde Mental: 27 representantes;

III - Coordenadores de Saúde Mental de Capitais: 26 representantes;

IV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS 1 representante;

V - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS: 1 representante;

VI - Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS: 5 representantes;

VII - Conselho Nacional de Saúde: 1 representante observador;

VIII - Secretaria de Direitos Humanos: 1 representante;

IX - Ministério da Justiça: 1 representante;

X - Economia Solidária/Ministério do Trabalho e Emprego: 1 representante;

XI - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à

Fome: 1 representante; e

XII - Ministério da Cultura: 1 representante

XIII - Ministério da Educação: 1 representante.

Art. 3º Definir que o Colegiado possa, a seu critério, constituir câmaras técnicas transitórias ou permanentes, para atender aos objetivos do art. 1º desta Portaria, bem como convidar consultores para temas específicos, quando necessário.

Art. 4º Estabelecer que o Colegiado poderá realizar reuniões ampliadas, quando considerar necessário, convidando para isto coordenadores de saúde mental de outros Municípios, atendendo a critérios técnicos e populacionais, bem como outros setores do Ministério da Saúde e representações de entidades científicas e da sociedade civil.

Art. 5º Determinar que o Colegiado se reúna 2 (duas) vezes por ano, podendo realizar reunião extraordinária, se for considerado necessário.

Art. 6º Caberá ao Colegiado estabelecer seu Regimento Interno e a Secretaria Executiva, ouvida a Secretaria de Atenção à Saúde, instância à qual o Colegiado se reporta.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

## **ANEXO II**

### **XII REUNIÃO DO COLEGIADO DE COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL**

29 e 30 de novembro e 01º de dezembro de 2010

**Carlton Hotel Brasília – Setor Hoteleiro Sul - Q.5 - Bloco G. Brasília/DF**

#### **PROGRAMAÇÃO**

**29/11/2010 Segunda-Feira**

##### **09h00 ABERTURA**

Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS (Pedro Gabriel)

CONASS

CONASEMS (Maria do Carmo Carpintéro)

Ministério do Desenvolvimento Social (Juliana Fernandes)

Secretaria de Direitos Humanos (Ana Beatriz Silva)

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas /SAS/MS (José Luiz Telles)

##### **09h30 BALANÇO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO GOVERNO LULA (2003 – 2010) E PERSPECTIVAS**

Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS (Pedro Gabriel)

CONASEMS (Maria do Carmo Carpintéro)

##### **11h00 DEBATE E DELIBERAÇÕES**

##### **12h30 ALMOÇO – Exibição do filme “Retornar à Vida Comum: história de duas Residências Terapêuticas”**

##### **14h30 ECOS DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - INTERSETORIAL**

Avaliação do processo e impacto nos Estados

Como construir de fato a intersectorialidade?

Eduardo Mourão Vasconcelos, Sandra Fagundes, Fernanda Nicácio

Coordenação: Pedro Gabriel Delgado

##### **14h30 - DEBATE E ENCAMINHAMENTOS**

##### **15h30 - INTERVALO DO CAFÉ**

##### **16h00 – QUESTÕES ESTRATÉGICAS PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NA CONJUNTURA 2010-2011**

1 – Como tornar mais resolutiva a Rede de Atenção Territorial? (Políbio Campos)

2 – Como garantir a sustentabilidade (financiamento/recursos humanos/gestão) para o modelo de atenção territorial nas três esferas de gestão? (Sandra Fagundes)

3 – Como fortalecer e consolidar alianças políticas para a sustentação da Reforma Psiquiátrica? (Domingos Sávio)

Coordenação: Karime Porto



**17h00 DEBATE E ENCAMINHAMENTOS**

**18h30 ENCERRAMENTO DO 1º DIA**

**30/11/2010 Terça-Feira**

**09h00 REUNIÃO E ORIENTAÇÕES PARA OS TRABALHOS EM GRUPO**

**09h30 - GRUPOS DE TRABALHO**

Grupo 1 – Infância e Adolescência

Grupo 2 – Álcool e outras Drogas

Grupo 3 – Atenção Básica

Grupo 4 – Educação Permanente/Pesquisa e Avaliação

**11h30 – PLENÁRIA DA MANHÃ**

Relatos sintéticos dos grupos.

Debate e Deliberações.

**12h30 ALMOÇO**

**14h00 - PLANO CRACK – INFORMAÇÃO E DEBATE**

CAPS AD III

Hospital Geral

NASF 3

Consultórios de rua

Casa de Acolhimento Transitório - CAT

Comunidade terapêutica

Redução de Danos

Francisco Cordeiro e Marcelo Kimati

**15h00 – GRUPOS DE TRABALHO**

Grupo 5 – Arranjos Regionais e Microrregionais/Urgência e Emergência

Grupo 6 – Desinstitucionalização

Grupo 7 – Geração de Renda/Ações com Usuários e Familiares

Grupo 8 – Direitos Humanos/Relação com a Justiça

**16h45 – INTERVALO DO CAFÉ**

**17h00 – SAUDAÇÃO DO SR MINISTRO DA SAÚDE**

**17h30 - PLENÁRIA DA TARDE**

Relatos sintéticos dos grupos

Debate e Deliberações.

**18h30 - ENCERRAMENTO DO 2º DIA**

**20h30 – CONFRATERNIZAÇÃO – Jantar no Restaurante Mangai**

**01/12/2010 Quarta-Feira**

**09h00 - FORTALECIMENTO DA GESTÃO E DAS REDES DE SAÚDE MENTAL NO SUS**

**Diálogos de Rede: Dinamização de Redes no SUS – A Experiência da Rede Humaniza SUS**

Dário Pasche

**09h00 – DEBATE**

**10h00 - RODA DE CONVERSA: DISPOSITIVOS E ARRANJOS DE FORTALECIMENTO DA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NAS 3 ESFERAS.**

Colegiados Regionais

Colegiado Gestor Regional

Fórum Temático

Comitê de Monitoramento e Avaliação

Formação Permanente de Gestores

Apoiador Institucional

“Escolas de Saúde Mental” – Supervisores, redutores de danos, educação permanente

Facilitadores: Marcelo Brandt

**12h00 – DELIBERAÇÕES DA RODA DE CONVERSA**

**12h30 ALMOÇO**

**14h00 – PLENÁRIA FINAL**

Deliberações

Planejamento do XIII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental

Agenda 2011.

**17h30 – ENCERRAMENTO**

## ANEXO III

Brasília, 01 de dezembro de 2010

Ao Excelentíssimo Senhor  
Jose Sarney  
Presidente do Senado  
Senado Federal Anexo I – 6º andar – Brasília/DF  
C.C. Lideranças dos Partidos no Senado

Assunto: PL nº 268/2002

Excelentíssimo Senhor Presidente,

Os Coordenadores Estaduais e Municipais de Saúde Mental, os representantes dos Colegiados Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS), participantes da XII Reunião do Colegiado Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, ao avaliar o processo de construção e implantação da Política Nacional de Saúde Mental, destacaram como uma das estratégias prioritárias, a necessidade de debater e encaminhar uma posição sobre o Projeto de Lei 268/2002, conhecido como Ato Médico.

O Colegiado reconhece a necessidade de uma Lei que regulamente o exercício profissional da medicina no País, sendo este um ponto de consenso de todos os gestores, somos, portanto favoráveis à regulamentação, reconhecendo o papel e a contribuição do saber e da prática médica na construção da saúde.

Contudo, é preciso ressaltar que ao propor a regulamentação da medicina, o texto do PL 268/2002, foi além do objetivo específico, interferindo no exercício das atividades das demais profissões da área da saúde e ao assim se posicionar contraria um princípio estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: a interdisciplinaridade.

Princípio sobre o qual reside a potência da prática da saúde pública, que orienta a ação de todos os serviços e políticas integrantes do SUS, do qual a saúde mental é um dos exemplos.

Tal posição, Senhor Presidente, assume um caráter claramente antidemocrático e anti-SUS, árdua conquista da população brasileira, escrita no texto constitucional de 1988.

Finalmente, reafirmarmos nossa posição de reconhecimento da necessidade de um projeto de Lei que regule o exercício profissional da medicina, no entanto ressaltamos que o mesmo não pode se constituir em instrumento de desrespeito às demais profissões e especialmente, aos direitos dos usuários do SUS ao atendimento integral à saúde.

Queremos uma medicina legalmente reconhecida, com direitos e deveres estabelecidos e não sustentada em privilégios, eticamente comprometida e solidariamente ativa na defesa do SUS e da Reforma Psiquiátrica em seus princípios e conquistas.

Atenciosamente,

XII Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental