

MINISTÉRIO DA SAÚDE

III Conferência Nacional de Saúde Mental

Cuidar, sim. Excluir, não.

Caderno Informativo

1.^a Edição

Série D. N. 15

AGE
WM105
B823t
v.2
2002

Brasília-DF

III Conferência
Nacional de
Saúde Mental

Cuidar, sim. Excluir, não.

Caderno Informativo

1.ª Edição

Série D. Reuniões e Conferências; n. 15

Brasília-DF
Janeiro, 2002

© 2001. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série D. Reuniões e Conferências; n. 15

Tiragem: 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Assistência à Saúde

Assessoria Técnica

Coordenação de Saúde Mental

Esplanada dos Ministérios, 9.º andar, sala 918

CEP: 70058-900, Brasília - DF

Tel.: (6 1) 315 2669

Fax: (61) 225 2853

E-mail: saudemental@saude.gov.br

Capa e Diagramação — Robson Alves Santos

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Catálogo na fonte

Bibliotecária Luciana Cerqueira Brito - CRB 1ª Região n° 1542

Ficha Catalográfica

Conferência Nacional de Saúde Mental (3.: 200 I Brasília).

III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo /
Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. –
Brasília Ministério da Saúde, 2001.

68 p.: il – (Série D. Reuniões e Conferências; n. 15)

ISBN B5 – 334- 0437-9

I Saúde mental – Legislação – Brasil 2. Congresso Brasil Ministério da
Saúde. II Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III
Titulo IV. Série.

NLM WM 105 DB8

2001

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA Trecho 4. Lotes 540/610

71200-040. Brasília - DF

Fones: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	5
2. SAÚDE MENTAL NA 11^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.....	8
3. Sobre a III CNS.....	11
4. TEMÁRIO.....	15
4.1. Introdução.....	15
4.2. Eixo Temático: Reorientação do Modelo Assistencial.....	18
4.2.1. Sub-tema: Recursos Humanos.....	21
4.2.2. Sub-tema: Financiamento.....	24
4.2.3. Sub-tema: Controle Social.....	26
4.2.4. Sub-tema: Direitos, Acessibilidade e Cidadania.....	30
5. Legislação da III CNSM.....	37
5.1. Portaria Ministerial n.º 1.058/GM.....	37
5.2. Portaria Ministerial n.º 1.086/GM.....	37
5.3. Resolução n.º 310/CNS.....	40
5.4. Recomendação n.º 018/CNS.....	42
5.5. Recomendação n.º 019/CNS.....	44
5.6. Recomendação nº 01 - Comissão Organizadora da III CNSM.....	45
5.7. Lei nº 10.216.....	48
6. REGIMENTO DA III CNSM.....	51
7. AGENDA DAS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE MENTAL.....	62
8. ANEXO — DISTRIBUIÇÃO DE DELEGADOS ELEITOS E OBSERVADORES POR REGIÃO E UF.....	63
9. COMISSÃO ORGANIZADORA.....	64
10. INFORMAÇÕES ÚTEIS.....	67

1. APRESENTAÇÃO

Das Conferências, sua história e oportunidade

" Conferência. (Do lat. conferentia) S.f. 1. Ato ou efeito de conferir. 2. Confronto, cotejo. 3. Conversação entre duas ou mais pessoas sobre negócios de interesse comum. 4. Convenção. (.....)."

" Convenção. (Do lat. conventione.) S.f. 1. Ajuste, acordo ou determinação sobre um assunto, fato, etc.: convênio, pacto. (.....) 6. Encontro, reunião ou assembléia de indivíduos ou representações de classe, de associações, etc., onde se delibera sobre determinados assuntos: conferência; (.....)."

As definições que encontramos no Aurélio podem nos ajudar a demarcar o que se pretende ao organizar um evento do porte de uma conferência. Como se depreende das mesmas, o objetivo central de uma conferência é o de estabelecer, pelo mecanismo democrático do debate e confronto de opiniões, uma nova diretriz para uma área determinada de uma dada formação social.

Não por acaso, na história recente do Brasil a possibilidade de realização plena deste tipo de encontro só se faz presente quando a busca da plenitude democrática é predominante e impõe-se politicamente.

Assim, se percorrermos sumariamente a história das conferências nacionais de saúde, é inevitável percebermos e destacarmos o impacto e relevância da III Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1963, que apontava a municipalização das ações de saúde como eixo norteador das políticas de saúde, e da 8ª. Conferência, realizada em 1986, na qual se delineiam os princípios de construção de um futuro sistema único de saúde. Do mesmo modo, esta construção será indicada no capítulo específico dedicado à saúde na nova Constituição Brasileira de 1988, bem como, seqüencialmente, quando da aprovação da Lei Orgânica de Saúde em 1990, e decorrente implantação gradativa do Sistema Único de Saúde.

No campo da saúde mental, a primeira conferência nacional data de 1987, tendo contribuído para reordenar as forças atuantes no setor, e

apontado para a necessidade de profundas e imediatas transformações no modelo de assistência em saúde mental do Brasil.

O início da última década é marcado internacionalmente pela realização da Conferência Regional de Caracas, em 1990, sob patrocínio da Organização Pan-Americana de Saúde, da qual resulta a Declaração de Caracas, que se configura em marco fundamental a embasar as iniciativas de reestruturação da atenção em saúde mental no Continente.

Evidentemente, o debate ao nível das organizações internacionais só encontrou solo fértil por vir de encontro aos ensejos de diversos setores sociais internos que já defendiam a reversão do modelo dominante de atenção à saúde mental.

Nessa conjuntura, ocorre a junção das estruturas administrativas do INAMPS e do Ministério da Saúde, que acarreta a implantação de um comando único em cada esfera governamental, no marco do qual iniciar-se-á o redirecionamento paulatino do modelo assistencial em saúde mental, alterando-se os mecanismos de financiamento da área, sob a coordenação da área de saúde mental do Ministério da Saúde, com a mais ampla pactuação política entre os atores sociais envolvidos com o tema.

É nesse contexto que se propõe e se realiza a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, a qual conta com ampla adesão e participação em suas diversas etapas (municipais, estaduais e federal), sendo dever destacar a participação significativa do segmento dos usuários e seus familiares, pela primeira vez em nossa história, de modo tão expressivo.

As recomendações do relatório final da mesma vinham de encontro ao apontado no cenário internacional e reforçavam as medidas já determinadas na esfera governamental.

No período subsequente a 11. CNSM, e em consonância com a mesma, foram criadas normas objetivas de qualificação dos serviços de internação psiquiátrica, bem como um dispositivo mais eficaz de fiscalização dos mesmos, o que permitiu que um grande número de leitos e instituições inadequados às exigências mínimas de assistência e respeito aos direitos humanos fossem retirados do sistema de saúde, sem que isto viesse a acarretar redução da oferta assistencial.

Paralelamente, seguindo a lógica de descentralização do SUS, foram sendo constituídas redes de atenção psicossocial substitutivas ao modelo centrado na referência à internação hospitalar como eixo assistencial,

criando-se serviços de atenção diária de base municipal, que, por terem agora mecanismos de financiamento previstos pelo SUS, expandem-se continuamente, passando de três serviços deste molde em 1990, para mais de 240 em 2000.

Todavia, ainda que este panorama de transformação siga em andamento passada esta primeira década, muitíssimo resta por fazer, como apontam, entre outros indicadores, os gastos ainda fortemente concentrados na área hospitalar psiquiátrica, indicando os formidáveis empecilhos à reestruturação do modelo de atenção nesta área da saúde.

Em 2001, por ocasião da celebração do Dia Mundial da Saúde, e após mais de dez anos de intenso debate, foi aprovada e sancionada uma nova lei federal de saúde mental (Lei n° 10.216, de 06.04.2001), a qual reafirma o processo em curso e implica novos desafios para os gestores públicos de saúde e a sociedade de um modo geral.

Nesse panorama, a III Conferência Nacional de Saúde Mental deverá ser um foro privilegiado para esta discussão, com temário decorrente da 11ª Conferência Nacional de Saúde, debatendo-se o financiamento das ações de saúde mental, a fiscalização e supervisão do parque hospitalar psiquiátrico e demais equipamentos assistenciais, o ritmo de implantação dos novos serviços extra-hospitalares, a criação de novas estruturas de suporte à desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de internação em hospitais psiquiátricos, a formação de recursos humanos adequados às novas estruturas de atenção em saúde mental, entre outras relevantes questões para a área.

Do êxito da III Conferência dependerá a construção de marcos norteadores para uma nova era na saúde mental em nosso país, mais consoante com os ideais de equidade e justiça social em que se baseia o Sistema Único de Saúde brasileiro.

Comissão Organizadora da III CNSM

2. SAÚDE MENTAL NA II.^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Os participantes da II.^a CNS expressam seu apoio ao reordenamento da atenção em saúde mental, no contexto do SUS, que se convencionou denominar Reforma Psiquiátrica brasileira. Entendem que usuários, trabalhadores e familiares têm provado na prática a possibilidade de se fazer Psiquiatria sem necessidade da violência, da exclusão e da negação. Recomendam uma reorientação do modelo assistencial, que perpassse os serviços, a clínica, a formação dos técnicos, além de propostas de suporte social, a legislação e, fundamentalmente, a criação de um novo "locus" social para a loucura. A Reforma Psiquiátrica tem na essência de sua motivação a busca incessante do direito e da cidadania. Por conseguinte, não pode ser dissociada de todas as dificuldades que neste momento a humanidade vem enfrentando, diante da deterioração da qualidade de vida, da marginalização crescente de grandes contingentes populacionais e da exacerbação das diferenças entre ricos e pobres, frutos da economia neoliberal concomitante ao processo de globalização. Desta forma, preconizam a reabilitação psicossocial das pessoas que apresentam transtornos mentais, mediante princípios como respeito e recontextualização das suas diferenças, preservação de sua identidade e cidadania, envolvimento e participação ativa no tratamento por parte dos familiares e responsáveis, horizontalidade nas relações, multiprofissionalidade com interdisciplinaridade, transforma o hospitalismo e a dependência em desinstitucionalização e autonomia. Propõe-se assim:

- a) Apoiar incondicionalmente a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, voltada para o fim dos manicômios, garantindo o financiamento das três esferas de governo para os diversos serviços de saúde mental que os substituirão e a fiscalização sobre os hospitais psiquiátricos;
- b) Implementar ações na política de saúde mental que garanta suporte terapêutico para familiares e portadores de transtornos mentais, com vistas à reinserção social; cumprindo as legislações referentes à implantação de atendimento na área de saúde mental (224/92, 106/00) que garante assistência integral e humanização do atendimento aos doentes mentais;

- c) Criar mecanismos para que cada município tenha, pelo menos uma equipe mínima de saúde mental;
- d) Criar uma política de saúde mental infanto-juvenil, em nível estadual, para atender as necessidades específicas da criança e do adolescente;
- e) Sistematizar as supervisões e auditorias dos serviços de saúde mental, visando a implementação dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica;
- f) Estender o atendimento psicossocial para todas as regiões do país, garantindo a construção das Residências Terapêuticas e apoio à proposta de criação de um serviço de cuidado médico (NAPS, CAPS, HD), no mínimo em municípios ou microrregiões com 70.000 habitantes;
- g) Incorporar na rede de serviços do SUS ações de saúde mental dirigidas a populações específicas, tais como portadores de deficiências múltiplas, usuários abusivos de substâncias psicoativas (drogas) e dependentes químicos, na perspectiva da política de redução de danos, bem como reconhecer os aspectos culturais, étnicos e de gênero envolvidos no surgimento de um transtorno mental;
- h) Que o Conselho Nacional de Saúde faça gestão junto aos CES e CMS no sentido do seu posicionamento favorável ao processo de implantação da reforma psiquiátrica e que, ao mesmo tempo estes conselhos atuem no monitoramento dessa política;
- i) Reconhecer e acolher o portador de sofrimento psíquico em hospitais gerais (emergências e enfermarias), promovendo a continuidade do tratamento por meio da integração com os serviços substitutivos da rede (NAPS, CAPS, Lares Abrigados, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, PSF/PACs).

Texto extraído na íntegra do relatório *final da*
11.ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

3. SOBRE A III CNSM

O tema

"Cuidar, sim. Excluir, não - "Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social".

O que será discutido?

O tema principal será discutido a partir do eixo temático: "Reorientação do modelo assistencial", tendo como subtemas:

- I. Recursos Humanos
- II. Financiamento
- III. Controle Social
- IV. Direitos, Acessibilidade e Cidadania

Qual o calendário da III Conferência?

ETAPA MUNICIPAL - até 28 de outubro.
ETAPA ESTADUAL - até 18 de novembro.
ETAPA NACIONAL - de 11 a 15 de dezembro.

Os relatórios das Conferências Estaduais de Saúde Mental deverão ser enviados até 28 de novembro para a Comissão Organizadora da III CNSM.

Local: Academia de Tênis - Brasília-DF

Quem participa?

A III CNSM em suas três etapas deverá contar com a participação de usuários dos serviços de Saúde Mental e familiares, representantes de

órgãos públicos, prestadores de serviços privados, entidades de Direitos Humanos, representantes de instituições formadoras, Conselhos de profissionais relacionados à área, entidades e organizações da sociedade civil.

A representação dos usuários na III CNSM, nas suas diferentes etapas, será paritária em relação ao conjunto dos representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde.

Os participantes da etapa nacional da III CNSM se distribuirão em três categorias:

- a) delegados - com direito a voz e voto;
 - b) observadores - com direito a voz;
 - c) convidados - com direito a voz.
- A indicação de observadores deverá acompanhar a mesma proporcionalidade estabelecida para a indicação de delegados.
 - Os critérios para escolha dos convidados serão definidos pela Comissão Organizadora.

A conferência é um evento fechado, destinado a delegados, observadores e convidados definidos previamente, num total de 1.300 participantes.

A III CNSM será constituída por:

- a) 1.000 delegados, sendo 85% eleitos nas etapas estaduais e 15% de delegados nacionais, conforme o artigo 22 do regimento;
- b) 200 observadores;
- c) 100 convidados, indicados pela Comissão Organizadora.

Como os delegados são eleitos?

A maior parte dos delegados da Etapa Nacional (86%) serão eleitos nas fases estaduais. Porém é primordial a realização da etapa municipal

como instância fundamental de construção da III Conferência Nacional de Saúde Mental. É importante reconhecer a necessidade da estreita articulação da sociedade com seus conselhos municipais de saúde para a realização das conferências municipais.

A composição percentual dos delegados eleitos em cada Conferência Estadual de Saúde Mental deverá obedecer aos critérios estabelecidos pela Comissão Organizadora, com base no princípio de paridade, adequados à realidade estadual, de acordo com o Anexo I.

Os Usuários e Sociedade Civil deverão representar 50% do total de delegados eleitos, observando-se a seguinte distribuição percentual por segmento, de acordo com a realidade local:

- a) Movimentos populares, entidades sindicais, exceto aquelas do Setor Saúde, entidades de direitos humanos e associação de usuários de Serviços de Saúde - 20%.
- b) Conselheiros usuários dos Conselhos Municipais e Estadual - 10%.
- c) Associações, organizações e entidades de usuários de Serviços de Saúde Mental, familiares e usuários do Sistema de Saúde - 20%.

Os delegados representantes da Administração Pública, dos Prestadores Privados, das Instituições Formadoras e dos Trabalhadores de Saúde Mental deverão representar 50% do total de delegados eleitos, observando-se a seguinte distribuição percentual por segmento, de acordo com a realidade local:

- a) Administrações Municipais - 13%.
- b) Administração Estadual - 5%.
- c) Trabalhadores em Saúde Mental - 18%.
- d) Prestadores de Serviços Privados - 10%.
- e) Instituições Formadoras - 4%.

4. TEMÁRIO

4.1 Introdução

Nesta III Conferência, o tema central das discussões "Reorientação do Modelo Assistencial" encontra-se solidamente vinculado, através do título da mesma, ao tema mundial proposto este ano pela Organização Mundial da Saúde, "Cuidar, sim. Excluir, não", afirmativo de uma ética e de uma direção fundamentais para o campo da atenção psiquiátrica e em saúde mental. Por outro lado encontra-se também vinculado a um tema local, presente no título, "Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social", indicativo de sua organicidade para com a construção de um Sistema Único de Saúde - público, democrático, de amplo acesso, eficaz, cidadão e com controle social.

Como se não bastassem estas fortes referências, por si só balizadoras e indicativas de uma certa direção a ser trilhada, um breve resgate histórico das preocupações impressas nos relatórios das duas Conferências Nacionais de Saúde Mental precedentes, vem reforçar a compreensão da significativa tarefa que esta III Conferência deve cumprir.

Na I Conferência, realizada em 1987, encontramos claramente nomeada a natureza do impasse colocado no campo da assistência psiquiátrica no país: a necessidade de superação de um modelo assistencial então denominado hospitalocêntrico e predominantemente baseado no modelo médico Psiquiátrico, considerado caro, ineficaz, iatrogênico e violador dos direitos humanos fundamentais. Se as indicações aprovadas naquela ocasião para enfrentar este desafio, podem ser hoje consideradas incompletas, do ponto de vista do processo são ainda uma referência para as questões a serem enfrentadas pela reforma psiquiátrica brasileira. É fundamental recordar também que esta I Conferência foi realizada no contexto dos princípios e diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico no campo da saúde e da construção do SUS.

Em 1992, a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, na trajetória de ampliação da participação dos diversos segmentos, foi resultado de um processo de ampla mobilização que contou, incluindo as etapas estaduais e municipais, com a participação estimada de aproximadamente 20.000 pessoas (II Conferência Nacional de Saúde Mental, Relatório Final).

É importante destacar que aquela Conferência foi precedida de eventos fundamentais para o campo da saúde e da reforma, dentre os quais: o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru em 1987 que apresentou novas proposições teóricas e éticas para a reforma; a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica realizada em 1990 promovida pela OPAS, cujas resoluções, conhecidas como "Declaração de Caracas" se configuraram em referências fundamentais para os processos de reorientação do modelo de atenção psiquiátrica e em saúde mental. E, também, a 9ª Conferência Nacional de Saúde que reafirmou a luta pela construção do SUS e as diretrizes da municipalização e do controle social, definindo o nível local como estratégico na democratização do Estado e das políticas sociais (II Conferência Nacional de Saúde Mental, Relatório Final).

No campo da saúde, a implantação do SUS configurou um novo panorama da atenção a saúde e a II Conferência já pôde contar com iniciativas importantes da coordenação da política nacional de saúde mental (Portaria 189/91, Portaria 224/92, Portaria 407/92), com o impulso da existência prática de diversas políticas públicas municipais comprometidas com a transformação do modelo assistencial e a afirmação dos direitos de cidadania e com a riqueza da participação efetiva de usuários e familiares, presença indicativa do processo de mudança em curso.

É importante ressaltar também, que em 1989 foi apresentado o Projeto de Lei no 3.647/89, do Deputado Paulo Delgado, que enunciava pela primeira vez no campo legislativo, a necessidade de transformação da regulamentação da assistência psiquiátrica. A apresentação deste projeto potencializou o debate em todo país e estimulou a criação de leis de orientação semelhante em vários Estados e municípios.

Em síntese, a II Conferência representou um marco significativo na história recente da política de saúde mental, na qual se pôde aprofundar tanto as críticas ao modelo hegemônico, quanto formalizar o esboço de um novo modelo assistencial, significativamente diverso, seja no que diz respeito as lógicas, conceitos e valores que deveriam reger a estruturação da rede de atenção assim como da forma de lidar com as pessoas com a experiência dos transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadão.

As discussões então realizadas legitimaram as medidas e os processos já em curso naquele período, apontaram as novas iniciativas e as recomendações de afirmação, garantia e (re)construção dos direitos de

cidadania das pessoas com transtornos mentais e de transformação do modelo assistencial foram assumidas como as duas diretrizes principais para o processo de reforma.

Nos anos que se seguiram, diversas iniciativas foram realizadas, dentre as quais:

- o desenvolvimento de inúmeras experiências municipais de implementação de novos modelos de atenção em saúde mental comprometidos com as diretrizes da reforma;
- a criação de novas modalidades assistenciais, dispositivos e ações, como CAPS, NAPS, CAIS-Mental, CERSAM, Oficinas Terapêuticas, Hospitais-dia, Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias assistidas), Centros de Convivência, inclusão da saúde mental na atenção básica e no PSF, Projetos de Inserção no Trabalho e Cooperativas, Projetos de Intervenção Cultural, atenção domiciliar e ações comunitárias e territoriais que forjaram práticas inovadoras, dentre as quais: novas formas de cuidado da complexidade do sofrimento, a transformação da relação com os usuários e os familiares, a criação de novos processos de trabalho no cotidiano dos serviços, a inserção no território, a criação e potencialização de redes sociais e de suporte, o desenvolvimento de múltiplos projetos de inserção no trabalho, acesso aos direitos e de participação na vida pública;
- a publicação de portarias ministeriais com o objetivo de reorientação do modelo assistencial através da inclusão de modalidades assistenciais substitutivas ao hospital psiquiátrico na tabela de financiamento;
- os processos de vistorias, fiscalização e credenciamento dos hospitais psiquiátricos;
- a criação de várias Associações de usuários, familiares e profissionais que desenvolvem uma multiplicidade de projetos e têm propiciado novas formas de participação e inserção social;
- a criação das comissões nacional e estaduais de reforma psiquiátrica e em saúde mental vinculadas às instâncias de controle social do SUS;
- a aprovação de leis estaduais e municipais orientadas pelas diretrizes da reforma;
- a aprovação da Lei n.º 9.867, de criação das Cooperativas Sociais.

Em paralelo ao reconhecimento dessas conquistas, cabe agora uma avaliação dos atuais desafios e dificuldades do processo de reforma psiquiátrica no país. A III Conferência visa exatamente criar uma oportunidade de discussão e avanço deste processo. Para isso, assumiu-se que o debate principal se dê em torno do eixo temático "Reorientação do Modelo Assistencial", dentro do qual foram indicados os seguintes subtemas: recursos humanos, financiamento, controle social, e finalmente, direitos, acesso e cidadania. Como dispositivo de organização das discussões, são propostos os seguintes termos de referência:

4.2 Eixo Temático: Reorientação do Modelo Assistencial

A reforma psiquiátrica foi e tem sido um espaço marcado por tensões, avanços e resistências, construções e dificuldades, como em todos os processos que envolvem transformações de práticas, valores sociais, culturais e profissionais. Ela acompanha as possibilidades de avanço e de retrocesso das políticas públicas, do SUS em particular, da implementação ou não de projetos públicos comprometidos com a melhoria das condições de vida, com a garantia de direitos de cidadania, com a redução das desigualdades sociais e com o enfrentamento da exclusão social.

No momento atual é de particular relevância a análise do SUS assim como a reafirmação do significado e objetivo da expressão público, políticas e serviços públicos, dos e para os cidadãos.

No campo específico da assistência em saúde mental, é importante, ao lado das iniciativas destacadas anteriormente, acrescentar alguns dados e elementos que podem contribuir para a análise do momento atual:

- apesar da redução do número de leitos e da redução do número de hospitais psiquiátricos, os dados de 2000 indicam a permanência de 61.393 leitos e 260 hospitais, sendo que 80% pertence ao setor privado contratado. Fonte: DATASUS/MS;
- a violação dos direitos humanos fundamentais tem sido freqüentemente constatada em diversas vistorias, dentre as quais a vistoria realizada em vinte hospitais psiquiátricos pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, conforme relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos (2000);

- a presença de camadas significativas da população que não têm acesso a atenção psiquiátrica e em saúde mental no contexto do SUS; muitas vezes, pessoas com transtornos mentais encontram-se em graves situações de abandono ou, ainda, em "situações de institucionalização" nas próprias casas;
- a presença de um significativo número de pessoas institucionalizadas há mais de um ano; algumas estimativas consideram que mais de um terço das pessoas internadas encontram-se nesta condição pela ausência ou fragilidade de laços sociais e pela ausência ou insuficiência de processos de reabilitação psicossocial;
- a criação dos denominados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico no cenário da atenção em saúde mental, embora seja crescente e represente um dado significativo do processo de reforma, é ainda absolutamente insuficiente do ponto de vista quantitativo e das próprias necessidades da demanda;
- a insuficiente e restrita utilização dos instrumentos já existentes para avaliação e fiscalização dos hospitais psiquiátricos;
- os recursos são alocados majoritariamente na assistência hospitalar: note-se que em 2000 o montante foi da ordem de quatrocentos e sessenta milhões de reais aproximadamente. A média, nos últimos anos, tem sido de 90% do total de recursos. Em contrapartida, somente quarenta e seis milhões de reais foram investidos em serviços substitutivos;
- a necessidade de redirecionamento de recursos para a implementação de redes municipais de atenção assim como de projetos e ações que viabilizem o fortalecimento do poder contratual dos usuários, o acesso aos direitos, a ampliação das redes sociais e de suporte e a efetiva participação na vida pública, tais como: bolsa para as pessoas desinstitucionalizadas de longo tempo de internação; acesso efetivo as iniciativas educacionais e culturais; programas de formação e capacitação para o trabalho.

Na análise do panorama atual da reforma psiquiátrica, em que pesem as inúmeras iniciativas existentes, o modelo tradicional permanece hegemônico, situação que pode ser expressa seja pela capacidade instalada, seja quando verificamos o total de gastos com transtornos mentais na

rede hospitalar. Esta realidade é certamente dissonante das necessidades da demanda, das diversas experiências municipais já desenvolvidas ou em curso que demonstraram e demonstram a viabilidade de outra forma de atenção, da ampliação do movimento social e do próprio arcabouço legal das leis estaduais e municipais e da recente promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Esta Lei dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial, estabelecendo um conjunto de medidas fundamentais para sua efetivação.

Como assinalado anteriormente, destaca-se também na análise do panorama atual, a presença de parcelas da população que não têm acesso a atenção em saúde mental no contexto do SUS. Ressalte-se ainda, a necessidade de aprofundar diversas temáticas, como, por exemplo, a atenção as pessoas com abuso ou dependência de substâncias psicoativas, a atenção população em situação de rua, a atenção a criança e ao adolescente, e aos idosos, dentre outras que serão indicadas nos painéis específicos. Embora as diretrizes da reforma e da reorientação do modelo assistencial se refiram também, evidentemente, a estes grupos populacionais e a estas problemáticas, tais temáticas apresentam singularidades que devem ser contempladas, analisadas e discutidas.

A reorientação do modelo assistencial é um processo complexo e diversos caminhos vêm sendo trilhados, e esta diversidade é certamente uma das riquezas do processo de reforma. A III Conferência Nacional de Saúde Mental, ao definir o tema principal e priorizar como eixo temático esta questão da "Reorientação do Modelo Assistencial", indica a urgente necessidade de avaliar o momento atual e elaborar propostas, estratégias e metas para que efetivamente possamos transformar o modelo atual, consolidando a implementação, no contexto do SUS, de um modelo de atenção em saúde mental totalmente substitutivo ao manicomial, que seja humano, eficaz, de amplo acesso, de qualidade, cidadão e com controle social:

E fundamental a implementação de redes sócio-sanitárias, municipais, territoriais e comunitárias que possibilitem a incorporação de recursos potenciais habitualmente subutilizados. A ativa participação das famílias, dos usuários, trabalhadores, gestores e outros atores da comunidade proporciona um efetivo suporte social decisivo em qualquer modalidade de cuidado, permite maior cobertura, um seguimento mais eficaz e personalizado das pessoas e promove co-responsabilidade na atenção contínua dos mesmos.

É primordial a implementação de políticas públicas intersetoriais que garantam a efetiva qualidade de vida de todos os cidadãos e que se confrontem com os mecanismos e processos de exclusão social. Portanto, é necessário desenvolver programas de desinstitucionalização das pessoas há longo tempo internadas, garantir o acesso, o acolhimento, a responsabilização, a produção de novas formas de cuidado do sofrimento visando os processos de autonomia, de construção dos direitos de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos.

Este é o desafio e a tarefa que temos pela frente. Por tais razões é que o eixo temático "Reorientação do Modelo Assistencial" é o eixo central e, ao mesmo tempo, será desdobrado em quatro subtemas fundamentais. Quais sejam, em termos de Recursos Humanos, de quais pessoas e técnicos necessitamos, com quais características, com que conhecimentos e práticas devemos contar para a construção do novo modelo assistencial? Como podemos articular ensino, pesquisa e assistência na rede de cuidados? Que novas iniciativas devemos adotar para reverter a dotação de recursos hoje ainda predominantemente alocados na hospitalização e para ampliar os recursos para áreas ainda sem serviços? Que mecanismos de controle e participação social seriam necessários para garantir os direitos, a acessibilidade e a cidadania dos usuários e da população?

Para que tenhamos um modelo de cuidado e não de exclusão, é necessário que, definitivamente, possamos ultrapassar o modelo atual. Para que possamos construir saberes, práticas e culturas que possam concretizar, de fato, a insígnia "Cuidar, sim. Excluir, não".

4.2.1 Sub-tema: Recursos Humanos (Gestão com Pessoas) para a Reorientação do Modelo Assistencial

Um dos pontos mais fundamentais na construção do novo modelo assistencial é a questão relacionada ao que se convencionou denominar de "recursos humanos". Inicialmente, seria importante redefinir este conceito, superando a noção de recursos humanos, expressão que aproxima as potencialidades das pessoas a meros insumos materiais, números e custos. Trata-se, acima de tudo, de 'gestão com pessoas', de atores sociais inscritos nos processos políticos, socioculturais e institucionais, produzindo, construindo e transformando as realidades. Isso implica em

pensar nas múltiplas dimensões que compõem as potencialidades das pessoas e, dessa forma, nos processos que podem potencializar ou restringir estas potencialidades na elaboração, desenvolvimento e inserção nas políticas e projetos públicos.

Nesta perspectiva, diversas questões merecem ser aprofundadas dentre as quais pode-se destacar as que seguem.

Em primeiro lugar, é importante uma análise da situação dos trabalhadores no contexto do SUS. Observa-se que as políticas atuais criam subgrupos de trabalhadores no mesmo ambiente de trabalho, tais como os diferenciados planos de carreiras e de salários dos programas dos funcionalismos público municipal, estadual, federal, Programa de Saúde da Família, cooperativas e outras variadas situações. Esta situação certamente tem criado numerosos obstáculos para o desenvolvimento do trabalho em diversas localidades. Destaca-se também que o envolvimento dos trabalhadores necessita de um reconhecimento profissional compatível com seu trabalho e que o estimule, que o mantenha aderido ao projeto de transformação e aperfeiçoamento da política de saúde mental; necessita de um plano de cargos e salários adequado, assim como de outras muitas condições materiais de trabalho que viabilizem seu investimento e sua dedicação. Uma das questões importantes do contexto atual e que requer aprofundamento diz respeito a terceirização. É fundamental reafirmar a natureza pública das políticas e das instituições, do concurso público como forma mais adequada de acesso ao serviço público, assim como os mecanismos de controle social previstos no SUS e necessários para uma reforma psiquiátrica pública, ética, solidária e cidadã.

Em segundo lugar, a reorientação do modelo assistencial requer a perspectiva da complexidade na compreensão dos problemas e elaboração das respostas, novas formas de cuidado do sofrimento, de relação dos profissionais com os usuários, familiares e comunidade e, entre os próprios profissionais. Nesta perspectiva, assume centralidade a reflexão sobre os processos de trabalho, o cotidiano das instituições e as formas de gestão e as implicações destas temáticas na ampliação ou restrição das capacidades e possibilidades das pessoas no desenvolvimento de políticas e programas públicos. Dessa forma, a reorientação do modelo assistencial coloca em questão as relações de poder entre os trabalhadores e dos trabalhadores com os usuários, familiares e comunidade, a fragmentação dos processos de trabalho, o distanciamento entre trabalhadores e

população, as relações entre os serviços públicos os cidadãos, as formas de gestão verticalizadas, a separação entre elaboração, execução e avaliação de projetos de trabalho. Implica novos desenhos institucionais e de modelos de atenção que propiciem e visem garantir a gestão democrática, a participação de todos os atores como sujeitos ativos do processo pessoas com direitos, saberes, projetos e valores distintos -, a criação de espaços de reflexão e avaliação da qualidade da atenção que possibilitem a recriação de identidades profissionais mais flexíveis e, ao mesmo tempo, a responsabilização ética e sanitária pela demanda, pela globalidade da atenção e das políticas públicas.

Outra questão fundamental é o processo de formação e capacitação dos trabalhadores. É necessário pensar e propor programas de formação descentralizados e contínuos e, também, articular os já existentes, nos quais os conhecimentos e as práticas adquiridas estejam em consonância com as diretrizes de formação para o serviço público, o SUS, a reforma e a reorientação do modelo assistencial.

Como assinalado anteriormente, a construção do novo modelo de atenção requer uma profunda transformação nas formas de compreensão e abordagem dos fenômenos e das problemáticas do campo da saúde mental, em uma direção interdisciplinar. Esta temática coloca em cena a formação universitária dos profissionais de saúde em geral, e em particular, dos profissionais do campo da saúde mental, requerendo uma análise aprofundada do panorama atual, pois a formação adequada não deve ser apenas complementar a graduação básica destes profissionais. Destaca-se também a necessidade de programas de formação descentralizados e pautados na articulação entre universidade e serviços, para o desenvolvimento de projetos integrados de ensino, pesquisa e assistência/ extensão.

É necessário também discutir e elaborar propostas de capacitação com vistas a criar e estabelecer as bases de um programa nacional permanente de capacitação pautado nas diretrizes acima mencionadas e que contemple, por um lado, as necessidades e problemáticas locais e por outro, as diversas formas de produção do saber e os intercâmbios entre os atores envolvidos nos processos da reforma, inclusive com a cultura popular.

A questão dos processos de capacitação introduz ainda uma quarta questão. Como processo complexo de transformação, a reorientação do

modelo assistencial abre um conjunto de novas indagações, competências e responsabilidades e requer não apenas a capacitação dos trabalhadores mas do conjunto de atores implicados neste processo. Neste sentido, as discussões sobre capacitação devem visar também a formação de gestores, de conselheiros das instâncias de controle social do SUS, de participantes das associações de usuários, familiares, profissionais e das múltiplas entidades da sociedade civil.

A III Conferência é um momento fundamental para analisar, discutir e elaborar propostas e metas para a construção efetiva de uma política de "recursos humanos" compatível com as exigências e as necessidades do processo de reforma psiquiátrica no contexto do SUS.

4.2.2 Sub-tema: O Financiamento na Reorientação do Modelo Assistencial

Pode-se afirmar com segurança que determinada política pública se faz conhecer quando se define seu financiamento: quantidade ou volume dos recursos, forma de utilização e sua perenidade, ou, qual a perspectiva de sua distribuição ao longo de determinado período do tempo.

No Brasil é sabido que o volume de recursos utilizado na assistência psiquiátrica é, historicamente, significativo, representando nos últimos dez anos, entre 8 a 10% de todo o gasto com internações no Sistema Único de Saúde. Em 2000 ficou em torno de quatrocentos e sessenta milhões de reais.

Não existem dados disponíveis e confiáveis sobre os recursos utilizados para o custeio dos serviços comunitários ou extra-hospitalares: NAPS, CAPS, Oficinas Terapêuticas, consultas e outras ações, sabendo-se, no entanto, que chegam no máximo a 10% do valor das internações em hospitais psiquiátricos. Os recursos atuais são insuficientes para ampliar a capacidade de cuidados através do aumento das equipes de trabalho e da garantia do acesso continuado às diversas modalidades terapêuticas, inclusive medicamentos. Esta situação é agravada no contexto atual de implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal, que tem gerado dificuldades para os municípios e os estados cumprirem responsabilidades sociais, principalmente no que diz respeito à ampliação de pessoal nas políticas de saúde e de educação.

Apesar de, a partir de dezembro de 1991 - Portaria SAS 189/91 - as principais ações substitutivas ao hospital psiquiátrico terem sido incluídas na Tabela de Procedimentos do SUS, o que significa transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde/MS para a operacionalização desses serviços, sua presença, ainda que crescente, é tímida: cerca de 275 serviços comunitários - NAPS e CAPS - em todo o país.

Ou seja, há um inegável descompasso entre a acumulação política - leis estaduais, lei federal, movimento social - em favor da reforma e o percentual de gastos dos diversos níveis do SUS, sobretudo do nível central, com os serviços e ações substitutivas ao hospital psiquiátrico.

Essa é a principal questão que se nos apresenta: tendo como premissa a recomendação do Departamento de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde: "o dinheiro deve acompanhar o paciente", o que pode e o que deve cada nível do Sistema fazer para promover o redirecionamento no uso desses recursos hoje expressivos?

Temos assistido a iniciativas importantes com esse objetivo, tanto por parte do Ministério da Saúde - Portaria GM 106/2000 - como de estados e municípios, mas algumas dificuldades devem merecer um aprofundamento para serem superadas, lembrando que o financiamento é um dos principais determinantes da consolidação do processo de mudança.

Destacamos nesse Sub-tema:

1. A implantação de uma rede de serviços novos, de base comunitária, requer um investimento inicial que não pode recair exclusivamente sobre o município, devendo ser compartilhado entre os três níveis. Para tanto é importante aprofundar o processo de transferência de recursos de capital do Ministério da Saúde para os municípios, para incluir ações de saúde na atenção básica, para ampliar os serviços residenciais, as oficinas, os centros de convivência, bem como para atingir, no mínimo, a meta inicial proposta em 1994 de 400 NAPS/CAPS em quatro anos, além de fomentar os estados a tomarem iniciativa semelhante;
2. O processo atual de regionalização e implantação da NOAS - SUS 01/01 - Norma Operacional de Assistência à Saúde - exige uma discussão e propicia a inclusão da Saúde Mental nas agendas, nos

- planos, nas pactuações e na destinação dos recursos financeiros nas três esferas de governo;
3. Os valores transferidos do nível central para os municípios cobrem, em média, 70% do custo operacional dos serviços comunitários. É importante que essa proporção seja mantida, pois exige um compartilhamento dos outros níveis do SUS no financiamento dessa ações, seja na forma de repasse direto ou na alocação complementar de recursos humanos ou outros insumos;
 4. Lembrar que essa estratégia tem sido um dos principais desestímulos à participação do setor privado contratado nessa modalidade de atenção;
 5. Entendendo que as iniciativas de redirecionamento para o modelo proposto é de competência e responsabilidade do Ministério, Secretarias estaduais e municipais, é preciso elencar e divulgar as diversas formas de operacionalização dessas medidas nos estados e municípios que já as praticam com êxito;
 6. Conclamar para a agenda do redirecionamento dos recursos financeiros os poderes legislativos dos estados e municípios, na implementação de medidas que requeiram forte pactuação entre essas esferas, sobretudo aquelas de apreciação do usuário em face de sua desvantagem, tais como: vale transporte, bônus de desospitalização, programas de moradia e trabalho;
 7. Discutir estratégias específicas para os estados da região Norte e alguns do Centro-Oeste, que não tem recursos de AIHs a serem redirecionados pois a maioria não tem hospitais psiquiátricos.

4.2.3 Sub-tema: Controle Social

O controle social no campo da saúde mental, na atual conjuntura de luta pela reforma sanitária e particularmente da reforma psiquiátrica, deve ser pensado e exercido através de várias perspectivas complementares e necessárias.

A primeira forma de exercê-lo é através dos representantes de usuários, familiares, trabalhadores, gestores e representantes da sociedade civil nos Conselhos de Saúde, em seus diversos níveis (local, distrital, municipal, estadual e nacional), e comissões especiais (principalmente a

de saúde mental), como previsto na estrutura do SUS. Assim, precisamos avaliar como estamos ocupando este importante espaço de atuação política e de gestão do sistema, principalmente tendo em vista a enorme mobilização de vontade política necessária para reverter o ainda hegemônico modelo hospitalocêntrico da assistência psiquiátrica neste país.

O controle social deve também ser exercido pela participação e ocupação em todos os demais espaços de ação política e social. Assim, é importante eleger ou sensibilizar parlamentares (vereadores, deputados estaduais, federais e senadores) para o projeto de reforma psiquiátrica e para a proposição de leis adequadas de saúde mental.

No judiciário, é crucial o comprometimento dos órgãos de defesa dos direitos dos cidadãos e consumidores (Defensorias Públicas, Procuradorias, Ministério Público, PROCONs etc.).

No executivo, é importante sensibilizar ou indicar ocupantes comprometidos com nossa luta nos cargos públicos eletivos (prefeitos, governadores, presidente), bem como de cargos não eletivos da administração estatal e dos trabalhadores da área da saúde, social, do trabalho, da educação, lazer e cultura etc., buscando o controle social das políticas públicas e construir projetos integrados de ação.

Na sociedade civil, cabe buscar a adesão das organizações corporativas de profissionais e trabalhadores, tais como os conselhos nacionais e regionais, a OAB, a ABI, além dos sindicatos. Os partidos políticos também constituem importantes espaços de luta e conquista.

Da mesma forma, as organizações não governamentais (ONGs) constituem hoje uma forma essencial de atuação nas lutas e projetos da área social e da saúde mental. Além disso, cabe sensibilizar os outros movimentos sociais populares e democráticos para os objetivos da reforma psiquiátrica, realizando parcerias e projetos comuns.

Finalmente, cabe montar estratégias de sensibilização da mídia e de entidades de produção cultural para os interesses da reforma psiquiátrica e para uma luta contra o estigma e segregação da loucura na sociedade em geral.

O controle social deve ser entendido também como participação ativa dos usuários e familiares nos dispositivos cotidianos dos novos serviços de saúde mental, por meio dos grupos operativos, assembleias, associações de usuários, familiares e trabalhadores, presença real em eventos e semi-

nários, projetos comuns, etc., bem como de participação cidadã na comunidade local. Nessa perspectiva controle social é também entendido como participação ativa dos usuários e familiares no processo mesmo de cuidado, de reelaboração do sofrimento e dos sentidos de vida, e de reinvenção concreta da vida, em suas diversas dimensões existenciais, subjetivas, culturais, de gênero, sociais, de trabalho, de moradia, de cuidado com o corpo, de lazer e cultura etc. Isso requer, por parte dos trabalhadores repensar completamente sua formação e instrumentos convencionais de atuação profissional centrados apenas no saber e na iniciativa exclusivos dos trabalhadores, fazendo dos usuários apenas 'pacientes', pessoas passivas, objeto do 'tratamento'.

Em suma, esta dimensão do controle social pode ser entendida como um conjunto de estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização dos usuários e familiares de serviços de saúde mental nos planos pessoal, interpessoal, grupal, institucional e na sociedade em geral. Para isso, os usuários e familiares são chamados a desenvolver iniciativas de ajuda e suporte mútuo, de trabalho (como nas cooperativas sociais), de defesa de direitos e de transformação do estigma contra o louco na sociedade, de militância, de avaliação de serviços, de capacitação de profissionais, em projetos liderados ou mesmo organizados autonomamente pelos usuários e familiares. Assim, temos que avaliar em que medida a reforma psiquiátrica brasileira tem assumido efetivamente esta perspectiva nos serviços e na relação direta com os usuários, bem como divulgar as experiências bem sucedidas neste campo.

Finalmente, controle social deve ser entendido também como participação efetiva dos trabalhadores na garantia de boas condições de trabalho e na gestão democrática, pluralista e interdisciplinar dos serviços e programas de saúde mental, de forma integrada com os usuários e familiares. A montagem de serviços efetivamente não manicomial é extremamente sensível ao processo de trabalho, a condições adequadas de trabalho e salário, e à gestão democrática dos serviços e programas. Só isso garante um real compromisso dos trabalhadores com a clientela e os serviços, bem como a disposição de reinventar a formação teórica-metodológica e as identidades profissionais convencionais, requisitos necessários para a recriação de novas modalidades de cuidado em saúde mental.

Para isso, dispositivos de formação e gestão participativa nos serviços, tais como reuniões interdisciplinares e regulares de equipes, grupos abertos de estudo e trabalho, assembléias, centros de estudos, supervisão, seminários, cursos de educação continuada etc., constituem formas indispensáveis de controle social e criatividade por parte dos trabalhadores. Em que medida estas condições de trabalho estão garantidas no campo da saúde mental e como o movimento da reforma psiquiátrica tem assumido junto com os trabalhadores a luta para tentar conquistá-las?

Tópicos a serem considerados:

1. Experiências bem sucedidas e desafios na inserção dos temas e atores do campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica nos Conselhos de Saúde e suas comissões.
2. Experiências bem sucedidas, dificuldades e estratégias de atuação, capacitação e assessoria para conselheiros de saúde.
3. Propostas para o funcionamento mais efetivo dos Conselhos de Saúde no Brasil.
4. Experiências bem sucedidas e estratégias de atuação dos atores sociais defensores da reforma psiquiátrica junto às instâncias do legislativo, executivo e judiciário no Brasil recente.
5. Experiências bem sucedidas, dificuldades e estratégias de atuação dos atores sociais defensores da reforma psiquiátrica junto a entidades, organizações e movimentos sociais da sociedade civil no Brasil recente.
6. Experiências bem sucedidas, dificuldades e estratégias de atuação dos atores sociais defensores da reforma psiquiátrica na mídia e processos educacionais e culturais no Brasil recente, na luta contra o estigma e segregação dos portadores de transtorno mental.
7. Experiências criativas, dificuldades e propostas e estratégias de participação de usuários e familiares no campo da saúde mental no Brasil recente.

8. Dificuldades, experiências inovadoras e propostas de gestão participativa e de boas condições de trabalho em serviços e programas de saúde mental no Brasil recente.

4.2.4 Subtema: Acessibilidade, Direitos e Cidadania

Estes 3 temas se articulam através da pergunta: que modelo assistencial é capaz de dar conta do acesso universal ao tratamento, da garantia e promoção dos direitos de usuários e familiares, e da construção permanente e cotidiana da cidadania ?

ACESSIBILIDADE

O cuidado em saúde mental está ao alcance daqueles que dele necessitam? De uma maneira geral, não. Podemos estimar que 12% da população necessitam hoje de alguma forma de atendimento, e que ao longo da vida a das pessoas vão precisar, de uma forma ou de outra, de algum atendimento em saúde mental. Se considerarmos apenas os "transtornos mentais severos e persistentes" (psicoses, neuroses graves, deficiência mental acompanhada de problemas psicossociais graves, demências que acarretam transtornos graves na autonomia e participação na vida social) chegaremos a uma estimativa de que 3% da população geral necessitam de um cuidado contínuo e permanente, como aquele que é oferecido, por exemplo, nos centros de atenção diária (CAPS e NAPS). No Brasil, isto equivale a mais de 5 milhões de pessoas. Devemos acrescentar à estimativa apresentada (3% da população geral) um número muito elevado de pessoas com problemas graves decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas (somente em relação ao álcool, estima-se que, no Brasil, 4% da população necessitem de cuidado regular e contínuo). Portanto, é um número muito elevado de pessoas, e uma oferta muito baixa de serviços.

Além de ser pouco eficaz, e de favorecer o isolamento e a segregação, o modelo hospitalocêntrico é também uma das causas do baixo acesso da população ao atendimento, porque concentra os recursos financeiros (ainda hoje, 89% dos recursos do SUS para psiquiatria) e atende um número pequeno de pacientes. Os leitos hospitalares convencionais tendem a manter os pacientes internados por longos períodos

(mais da metade dos leitos ficam ocupados por pessoas internadas há vários meses ou anos), e por isso participam pouco da oferta efetiva de serviços.

No atendimento extra-hospitalar e comunitário, temos a rede de CAPS, hoje cerca de 285 serviços (outubro 2001), e os ambulatórios de saúde mental. E necessário ampliar esta rede. Pensar a organização da rede é uma das mais importantes tarefas desta Conferência. E necessário garantir a implantação de serviços comunitários de saúde mental, integrados aos programas de atenção básica e à rede geral de serviços, utilizando-se das estratégias mais adequadas a cada região/território, no intuito de superar o modelo tradicional.

DIREITOS

O primeiro direito a ser garantido é a acessibilidade. Quantas pessoas que sofrem de graves problemas mentais não ficam abandonadas e invisíveis, só sendo vistas quando alguma situação trágica se apresenta em suas vidas? Quantos suicídios aparentes e inaparentes poderiam ser evitados se o direito ao tratamento fosse garantido? A criação de uma rede de atenção psicossocial pública, territorial, eficaz, integrada é o primeiro direito a ser conquistado.

A promulgação, em 6 de abril de 2001, da lei 10.216 (resultante da proposta original do deputado Paulo Delgado), coloca o tema dos direitos no centro do debate da reforma psiquiátrica, e deve ser vista como um poderoso instrumento para a conquista da cidadania dos usuários e familiares. O germe da idéia de cidadania é justamente este: compartilhar uma cidade, convivendo com outros cidadãos em busca do bem comum, com direitos e deveres.

Depois do direito ao tratamento, e dos direitos de cidadania mais gerais, algumas situações específicas se apresentam no campo dos direitos em saúde mental.

Vivemos na "era dos direitos", título de um livro do pensador italiano Norberto Bobbio o qual busca exprimir que, paradoxalmente, depois de ver o mundo devastado pelos impérios militares e as guerras, pela concentração da riqueza e a exploração, e subjugado pela mercantilização sem limite de todas as áreas da vida, a humanidade.

se vê em um impasse: ou se volta vigorosamente para a construção de uma civilização baseada na ética e nos direitos humanos, ou não haverá futuro que se possa prever. Desta forma, o tema dos direitos é central, não só para a reforma psiquiátrica, mas para todas as políticas sociais.

Além dos direitos clássicos - à liberdade, à participação política, à escolha do credo religioso e pensamento, etc. -, e dos direitos sociais - habitação, emprego, salário, aposentadoria, atenção à saúde, educação, etc. -, em nosso campo existem situações especiais que devem ser consideradas.

Os portadores de transtornos mentais severos podem estar submetidos a uma ordem particular de direito, chamado estatuto da tutela. Por serem considerados menos capazes de exercer os atos da vida civil, podem ser submetidos ao processo de interdição ou curatela, através do qual perdem parte de sua autonomia como cidadãos e são representados por um curador, em geral pessoa de sua família. A interdição destina-se, em tese, a proteger o paciente, mas pode muitas vezes significar uma importante limitação de sua vida. Como a lei 10.216 baseia-se na afirmação dos direitos do paciente, em nome dela se deve propor um mecanismo permanente de revisão dos processos de interdição civil. Do mesmo modo, interdições desnecessárias, que são fruto de exigências apenas burocráticas do sistema de pensões (como o INSS), devem ser extintas ou rigidamente regulamentadas, substituídas por outros mecanismos de prova da incapacidade para o trabalho (a incapacidade laborativa não pode ser confundida com a incapacidade absoluta para a vida civil prevista no código civil).

No caso da lei penal, as condições de funcionamento dos manicômios judiciários (chamados hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico), para onde são encaminhados os pacientes que cometem delitos, constituem atentados aos direitos humanos, e precisam ser profundamente reestruturadas. O Código Penal, recentemente revisto pelo Congresso, não mudou as normas sobre inimputabilidade (ausência de responsabilidade penal) e periculosidade (potencialidade de cometer novos delitos), específicas do paciente infrator, mas a discussão sobre tal mudança deve prosseguir. A Lei de Execuções Penais (que regula o cumprimento das penas e das medidas de segurança) está em processo de revisão, e constitui um instrumento estratégico possível para a huma-

nização (se tem sentido falar disso) dos manicômios judiciais. No horizonte da reforma, deve estar colocada a superação total desse tipo de estabelecimento.

O direito ao trabalho também deve ser considerado de modo particular em nosso campo. É necessário regular e estimular o trabalho protegido, as cooperativas de trabalho, as empresas sociais, as proposições de economia solidária, como forma de construção positiva da integração social e da cidadania dos pacientes.

A implantação das novas instituições e das novas práticas da reforma psiquiátrica, a partir do final dos anos 80, transformou completamente o modo de lidar com o tema dos direitos dos pacientes. No modelo hospitalocêntrico, onde é visto como natural e inevitável o estatuto da tutela (este mecanismo de proteção legal que se baseia na noção da incapacidade civil e irresponsabilidade penal do portador de transtornos mentais), a abordagem dos direitos do paciente ficava extremamente limitada. Sendo visto como incapaz e irresponsável - portanto, sem deveres diante da sociedade -, ao paciente dificilmente se procurava oferecer alternativas para ser sujeito e agente da busca por seus direitos. Os casos de curatela, de problemas com a lei, de trabalho e outros, eram vistos como coisas distantes do tratamento, que ficavam do lado de fora da instituição, e eram no máximo designadas para acompanhamento pelo serviço social. No trabalho dos serviços substitutivos, tais questões fazem parte do dia-a-dia do tratamento, são importantes para todos os profissionais envolvidos, e estão incluídas no projeto terapêutico de cada paciente. O próprio tratamento em saúde mental teve que se transformar, para dar conta destas novas questões. Nos últimos anos diversas experiências têm desenvolvido projetos nesta direção.

É importante lembrar que a luta pela afirmação dos direitos dos usuários deve dialogar permanentemente com as demais questões presentes no debate sobre direitos e cidadania, e também com outras lutas deste campo dos direitos humanos e sociais. Deve ser levada em conta, neste debate, uma aparente contradição: quando reivindicamos direitos especiais para os usuários (por exemplo: trabalho protegido, transporte gratuito para o acesso aos serviços, apoio financeiro para egressos de longas internações), temos que nos defrontar com a possibilidade do reforço da condição de tutelado, ou mesmo do poder do diagnóstico (psiquiátrico, psicológico, social) como critério de inclusão nos direitos especiais.

Destaca-se também a urgente necessidade de aprofundar a temática da internação voluntária e involuntária, assim como das diversas questões que dizem respeito ao consentimento informado. A regulamentação da internação involuntária, determinada pela lei 10.216, já está implantada em vários estados, com a participação fundamental do Ministério Público, ao qual são encaminhadas as notificações. É importante discutir as conclusões do relatório do I Seminário Direito a Saúde Mental, sobre a aplicação da lei 10.216, realizado em novembro de 2001, como atividade preparatória da III Conferência. Deve existir um controle externo sobre todas as internações: involuntárias, voluntárias e compulsórias (feitas por ordem judicial).

Na questão do álcool e drogas, é necessária uma profunda revisão da lei que criminaliza o uso das substâncias, e cria situações perversas de institucionalização forçada dos usuários (metade da população dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico é constituída por usuários de droga que cumprem medida de segurança ou aguardam perícia psiquiátrica e de violência por parte dos aparelhos policial e judicial. A importação do modelo norte-americano dos Tribunais de Drogas deve ser profundamente questionada, pois tende a agravar as distorções e reafirmar um modelo repressivo de atenção ao problema. Daí que, em relação ao modelo assistencial, é importante afirmar a necessidade de implantar-se rede de serviços comunitários, abertos, onde a questão dos direitos do paciente que faz uso prejudicial de drogas ilícitas possa ser uma das premissas do tratamento.

CIDADANIA

O tempo todo estamos aqui falando de cidadania. Desde a redemocratização do país, depois de 22 anos de regime militar, cidadania tornou-se palavra-chave das políticas sociais, das novas instituições democráticas definidas na Constituição de 1988 e, muito especialmente, do movimento da reforma psiquiátrica. O tema da cidadania do louco, do estatuto especial da tutela, da construção quotidiana de novos direitos e assunção de novos deveres, está presente nos corações, mentes, gestos e textos dos técnicos, pacientes e familiares do campo da reforma. A II Conferência, de 1992, centrou-se neste conceito, cidadania. Passados 9 anos, com muita água das práticas e contradições formando rios que atravessam os inúmeros novos serviços e também as antigas instituições, em

todo o país, é tempo de fazer um balanço, analisar erros e acertos, impasses e soluções, para seguir adiante. O desafio da construção da cidadania não se coloca mais como o de desbravar o lugar do louco na sociedade, mas de traçar grandes e pequenas estratégias para a construção de uma sociedade inclusiva, de fato democrática. O Brasil, país com uma trágica história de agressão aos direitos, cujo processo de construção social se deu com muita violência e intolerância, e em cujo presente grita a todos os ouvidos a tragédia da desigualdade social e da violência, é uma terra, entretanto, que apresenta grandes possibilidades de buscar com sucesso a construção de uma sociedade solidária, tolerante, inclusiva, diversificada e igualitária, democrática. Uma sociedade sem manicômios. O movimento da reforma psiquiátrica é certamente um dos atores coletivos mais importantes na aventura de construir esta utopia.

5. LEGISLAÇÃO DA III CNSM

5.1 Portaria n.º 1.058/GM em 18 de julho de 2001.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,
Considerando a deliberação da Organização Mundial de Saúde, que instituiu 2001 como o Ano Internacional da Saúde Mental;

Considerando a Resolução n.º 310, de 4 de abril de 2001, do Conselho Nacional de Saúde, homologada e publicada no Diário Oficial de 9 de abril de 2001, que recomenda a convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental;

Considerando as Recomendações n.ºs 018 e 019, de 7 de junho de 2001, do Conselho Nacional de Saúde, que tratam da necessidade de realização e composição da III Conferência Nacional de Saúde Mental;

Considerando a necessidade de atualização das deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no período de 18 a 21 de novembro de 1992;

Considerando a necessidade de regulamentação das determinações referentes a tratamento e prevenção dos transtornos mentais contidas na Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, resolve:

Art. 1º Convocar a III Conferência Nacional de Saúde Mental, a realizar-se no período de 4 a 8 de dezembro de 2001, em Brasília;

Art. 2º Definir como tema oficial da conferência "Cuidar, sim. Excluir, não - Efetivando a Reforma Psiquiátrica com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social", tendo como eixo temático "Reorientação do Modelo Assistencial", e os subtemas "Financiamento", "Recursos Humanos" e "Controle Social".

Art. 3º Estabelecer que as despesas com a realização da III Conferência de que trata o Artigo 1º desta Portaria correrão por conta dos recursos orçamentários próprios do Ministério da Saúde.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

José Serra
MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE

5.2 Portaria n.º 1.086/GM, de 27 de julho de 2001.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando o disposto na Portaria GM/MS n.º 1.058, de 18 de julho de 2001, que convoca a III Conferência Nacional de Saúde Mental, a realizar-se no período de 5 a 8 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º Constituir a Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental que terá a seguinte estrutura e composição:

I - Comitê Executivo:

Coordenador-Geral - Pedro Gabriel Delgado
Secretária-Geral - Sônia Barros
Secretária Adjunta - Marylene Rocha de Souza
Relator Geral - Eduardo Mourão Vasconcelos
Relatora Adjunta - Fernanda Nicácio

II - Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho
Vera Lúcia Marques Vita - Conselho Nacional de Saúde
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Movimento da Luta Antimanicomial.

Milton Marques de Medeiros - Federação Brasileira de Hospitais
Marcus Vinícius Oliveira e Silva - Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde
Niusarete Margarida de Lima - Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça
Fernando César Faria Goulart - Usuários
Lígia Adélia Falcão da Silva - Familiares
Maria Paula Cerqueira - Conselho de Secretários Estaduais de Saúde / CONASS

Sandra Fagundes - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde / CONASEMS

Miguel Roberto Jorge - Associação Brasileira de Psiquiatria

III - Grupo Consultivo

Coordenadores Estaduais de Saúde Mental (01 por macrorregião)

Nelson Rodrigues dos Santos - Conselho Nacional de Saúde/CNS

Márcia Luz da Motta - Secretaria de Políticas de Saúde/SPS

Maria Cristina Costa de Arrochela Lobo - Assessoria Técnica/ASTECSAS/MS

Elizabeth Diniz Barros - Secretaria de Gestão, de Investimentos/ SIS/MS

Domingos Sávio Nascimento Alves - Instituto Franco Basaglia

Eliane Seidl - Universidade de Brasília/UnB

Representante da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde – OPS/OMS

Representante da Ordem dos Advogados do Brasil/OAB

Representante da Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados

Representante do Ministério da Educação e Cultura

Representante das Santas Casas de Misericórdia

Art. 2º Determinar a Comissão Organizadora objeto do Artigo 1º a elaboração do Regulamento Interno da III Conferência, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da publicação desta Portaria.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Serra
MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE

5.3 Resolução n.º 310/CNS, de 4 de abril de 2001.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 04 e 05 de abril de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, na medida em que foi aprovada uma moção de Reivindicação da III Conferência Nacional de Saúde Mental na 11ª Conferência Nacional de Saúde e considerando:

- a) que a última Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada há quase uma década, em 1992;
- b) que, desde então, houve grande mudança, não apenas no âmbito da saúde mental, mas de todo o setor saúde, com o advento das NOBs 93 e 96 e NOAS-SUS 01/01;
- c) que, apesar dos avanços colhidos nesse percurso, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira tem encontrado obstáculos de natureza cultural, institucional e política para sua integral concretização;
- d) a necessidade da sociedade brasileira em repactuar os princípios, diretrizes, recursos e prazos deste processo;
- e) a importância das portarias normatizadoras do setor, tais como a 189/91 e 224/92 que necessitam serem revisadas a fim de atualizar as modalidades de serviços e procedimentos nas tabelas SIA/SIH/SUS;
- f) que se torna necessário, também proceder divulgação das portarias 106/99 e 1.220/00, que instituem e regulamentam os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental;
- g) que a Portaria 799/00 introduziu novos mecanismos e estratégias de fiscalização dos serviços psiquiátricos e de atenção psicossocial, necessitando serem avaliados no processo de implementação;
- h) a necessidade fundamental da ampliação da participação dos usuários e de familiares do setor e nas diversas instâncias do controle social;

- i) a importância atribuída ao tema entre os delegados da 11ª Conferência Nacional de Saúde, no painel sobre saúde mental e nos grupos de trabalho, indicando a necessidade de um espaço específico, ampliado e legítimo como a Conferência;
- j) que, no dia 7 de abril de 2001, será lançada a Campanha do Dia Mundial da Saúde, dedicado ao tema Saúde Mental, com a campanha "Cuidar, sim. Excluir, não".

RESOLVE:

Solicitar ao Senhor Ministro da Saúde a convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental, para que seja realizada em 2001, objetivando marcar a alta relevância do tema "Saúde Mental" para a população.

José Serra
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS n.º 310, de 4 de abril de 2001, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

José Serra
MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE

5.4 Recomendação n.º 018/CNS, de 7 de junho de 2001.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 6 e 7 de junho de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, tendo em conta a homologação pelo Ministro de Estado da Saúde da Resolução n.º 310 do Conselho Nacional de Saúde, de 04 de abril de 2001, que convoca a III Conferência Nacional de Saúde Mental, considerando que:

- a) a II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1992 contou com pouco mais de 500 delegados;
- b) o grau crescente de complexidade que a atenção a saúde mental experimentou particularmente na última década;
- c) o crescente número de serviços profissionais e instâncias sociais hoje envolvidos com todos os aspectos relacionados com a atenção à saúde mental;
- d) a necessidade de ampliação da participação dos usuários e de familiares do setor e nas diversas instâncias do controle social;
- e) a necessidade de compreender os obstáculos de natureza cultural, institucional e política para integral concretização do processo de redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental do hospital para a comunidade;
- f) a necessidade de regulamentação da Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001; e
- g) a designação pela Organização Mundial de Saúde do ano de 2001 como ano Mundial de Saúde Mental.

RECOMENDA:

1. Ao Conselho Nacional de Saúde a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a mesma seja constituída por 1.200 delegados, na proporção do tamanho da população de cada Estado a serem eleitos pelas Conferências Estaduais de Saúde Mental.

2. Que a III Conferência Nacional de Saúde Mental admita observadores na proporção máxima de 20% dos delegados estaduais e um número máximo de 100 convidados.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua
Centésima Nona Reunião Ordinária.

5.5 Recomendação n.º 019/CNS, de 7 de junho de 2001.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Nona Reunião Ordinária, realizada no dias 6 e 7 de junho de 2001, no uso de sua competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990 e considerando a Resolução CNS n.º 310, de 5 de abril de 2001, homologada pelo Senhor Ministro da Saúde, referente à convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), recomenda ao Conselho Nacional de Saúde que:

1. a III CNSM seja realizada em Brasília, no período de 5 a 8 de dezembro de 2001;
2. a Comissão Organizadora da III CNSM seja constituída pela Comissão Intersetorial de Saúde Mental, sob a Coordenação do Representante Titular do Ministério da Saúde nesta Comissão Intersetorial;
3. o tema central seja: " Cuidar, sim. Excluir, não - Efetivando a Reforma Psiquiátrica com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social", que orientará os trabalhos da Conferência, tomando "Reorientação do Modelo Assistencial" como eixo temático, e abordando os subtemas "Financiamento", "Recursos Humanos", Controle Social".
4. a etapa municipal deverá ser realizada até 30/09/01 e a estadual até 31/10/01;
5. regimento Interno da III CNSM seja submetido ao Conselho Nacional de Saúde na reunião ordinária de julho de 2001.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua
Centésima Nona Reunião Ordinária.

5.6 Recomendação n.º 01 da Comissão Organizadora da III CNSM de 30 de agosto de 2001.

A Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em reunião realizada em 29 e 30 de agosto de 2001, em Brasília, no exercício de suas atribuições, de acordo com o Regimento aprovado no Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em 9 de agosto de 2001, e de acordo como a Resolução n.º 310 do Conselho Nacional de Saúde, de 5 de abril de 2001 e considerando:

- a) que o processo de convocação das Conferências de Saúde representa uma importante conquista da sociedade na direção da democratização da participação da comunidade na gestão do SUS, de acordo com a Lei Orgânica de Saúde (8.080/90); Lei dos Conselhos Municipais de Saúde (8.142/90) e reafirmada nas deliberações subseqüentes das próprias Conferências Nacionais de Saúde, especialmente no item 6.3 do Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde, de 1992;
- b) que desde a última Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, o setor passou por importantes transformações, sobretudo através da multiplicação dos serviços substitutivos e do incremento da participação dos usuários e familiares organizados através de suas entidades;
- c) que a convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental deve representar hoje a possibilidade de produção de uma avaliação diagnóstica das dificuldades e obstáculos enfrentados pelo processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sobretudo nos seus aspectos culturais, institucionais e políticos;
- d) que a diretriz de descentralização do SUS, consubstanciada no processo de municipalização, atribui ao município o papel fundamental na organização do modelo assistencial, sobretudo no campo da assistência psiquiátrica, marcado por importantes peculiaridades, no que diz respeito a inadequação e desequilíbrio na concentração dos recursos assistenciais e financeiros;
- e) que a reversão das práticas e modelos tradicionais da assistência psiquiátrica envolve a necessidade de mobilização e participação de um conjunto amplo de atores sociais, referidos no contexto social e comunitário, no qual são vivenciados os problemas e dificuldades;

- f) que a avaliação preliminar acerca do processo de mobilização para a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada por esta Comissão Organizadora, nessa reunião, indica uma tendência em algumas áreas de privilegiamento de "conferências regionais", em detrimento das conferências municipais;
- g) que o regimento da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em consonância com o regimento das demais conferências nacionais, geral e setoriais, estabelece em seu artigo 5º as etapas municipal, estadual e nacional como etapas básicas do processo de sua construção.

Recomenda:

1. a priorização da realização da etapa municipal como instância fundamental de construção da III Conferência Nacional de Saúde Mental;
2. reconhecer a necessidade da existência, para a realização das conferências municipais, de regimentos internos nos quais estejam contemplados:
 - a) os temas a serem discutidos na Conferência, tendo como patamar mínimo aqueles definidos no regimento da III Conferência Nacional de Saúde Mental;
 - b) o processo através do qual será feita a discussão;
 - c) os critérios para a deliberação das propostas e indicação dos delegados.
3. a possibilidade da realização de Conferências Microrregionais para municípios que já mantenham entre si acordos de integração dos recursos da rede assistencial;
4. que os encaminhamentos divergentes dessas orientações devam ser necessariamente avalizados por deliberação específica por parte dos Conselhos Municipais de Saúde.
5. que os Conselhos Estaduais de Saúde, sejam as instâncias responsáveis pelo cumprimento destas orientações.

6. a alteração, ad referendum do Conselho Nacional de Saúde no calendário das etapas municipal, estadual e nacional, estabelecendo as datas-limite abaixo:
- Etapa municipal: 28 de outubro de 2001.
 - Etapa estadual: 18 de novembro de 2001.
 - Etapa nacional: 11^a 15 de dezembro de 2001.

Comissão Organizadora da
III Conferência Nacional de Saúde Mental

5.7 Lei n° 10.216, de 6.4.2001 (DOU 9.4.2001).

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Presidente da República. Fato saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1° - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2° - Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo as suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos evasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3° - É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos por-

tadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º - O tratamento visarà, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º - O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral a pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º - É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º - O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º - A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º - A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º - A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º - A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º - O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º - A internação compulsória a determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levam em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto a salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10º - Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como a autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11º - Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12º - O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001 - 180.º da Independência e 113.º a República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

6. REGIMENTO DA III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

CAPITULO I - DOS OBJETIVOS -

Art. 1º - A III Conferência Nacional de Saúde Mental, convocada através da Portaria Ministerial nº 1.058/GM, de 18 de julho de 2001, origina-se da Resolução nº 310 do Conselho Nacional de Saúde, de 5 de abril de 2001, homologada e publicada no Diário Oficial de 9 de abril de 2001, e das Recomendações nº 018 e nº 019, de 07 junho de 2001, e de acordo com moção aprovada pelo plenário da 11ª Conferência Nacional de Saúde, regulando-se, ainda, pela Portaria Ministerial de nº 1.086/GM, de 27 de julho de 2001.

Art. 2º - A III Conferência Nacional de Saúde Mental terá como objetivos debater temas relevantes para o campo da Saúde Mental, avaliar o processo da Reforma Psiquiátrica e definir estratégias para sua efetivação com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social.

CAPITULO II - DA REALIZAÇÃO -

Art. 3º - A III Conferência Nacional de Saúde Mental terá abrangência nacional e ocorrem em etapas, nos âmbitos municipal, estadual e nacional. O temário central devem ser discutido nas três instâncias.

Art. 4º - A III Conferência Nacional de Saúde Mental terá como tema central: "Cuidar, sim. Excluir, não - Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social", tendo como eixo temático: "Reorientação do Modelo Assistencial".

Art. 5º - As etapas da III Conferência Nacional de Saúde Mental deverão ser realizadas observando-se as datas limites expostas a seguir:

I - Etapa Municipal - 28 de outubro.

II - Etapa Estadual - 18 de novembro.

III - Etapa Nacional - 11 a 15 de dezembro.

§ 1º - Os delegados dos Estados terão que ser indicados pela Etapa Estadual.

§ 2º - O não-cumprimento dos prazos da Etapa I e II não constituirá impedimento a realização da Etapa Nacional no prazo previsto.

§ 3º - O adiamento ou cancelamento da etapa nacional será de competência da Comissão Organizadora, submetida a decisão ao Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º - A etapa nacional deverá consolidar as propostas das Conferências Estaduais.

§ 5º - A Etapa Nacional será realizada em Brasília - DF, sob os auspícios do Ministério da Saúde.

CAPITULO III

- DO TEMÁRIO OFICIAL -

Art. 6º - Nos termos da Resolução nº 310, do Conselho Nacional de Saúde e da Portaria 1.058/GM de 18 de julho de 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental terá como tema principal: "Cuidar, sim. Excluir, não - Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social". O tema principal será discutido a partir do eixo temático: "Reorientação do Modelo Assistencial", através de mesas-redondas sobre os subtemas:

I - Recursos Humanos

II - Financiamento

III - Controle Social

IV - Direitos, Acessibilidade, Cidadania

Parágrafo Único: Serão constituídos conjuntos temáticos para aprofundamento dos subtemas .

Art. 7º - Os Termos de Referência de cada Mesa observarão, obrigatoriamente, o Temário Oficial e deverão abordar os aspectos relativos ao eixo principal pertinente.

Art. 8º - Com o objetivo de propiciar participação ampla e democrática de todos os segmentos representados na Conferência e a obtenção de um produto final que realmente venha a contribuir para a reorientação do modelo de atenção em Saúde Mental nos anos subseqüentes, as Mesas-Redondas e Painéis específicos serão seguidos de trabalho em grupos. Esses Grupos de Trabalho - GTs serão responsáveis pelo aprofundamento dos conjuntos temáticos.

§ 1º - A discussão nos Grupos de Trabalho - GTs devem ser feita de modo a garantir a presença equitativa dos diversos segmentos de delegados.

§ 2º - Cada GT contam com um coordenador e um relator indicados pela Comissão Organizadora, devendo o grupo escolher entre seus participantes um relator auxiliar.

§ 3º - Serão designados relatores de síntese, encarregados de elaborar o relatório correspondente a cada conjunto temático.

§ 4º - À Plenária final caberá a aprovação do relatório e das moções apresentadas pelos delegados, segundo o regulamento da etapa nacional, a ser aprovado na plenária de abertura dos trabalhos.

Parágrafo Único - Nos trabalhos dos grupos não serão tratados outros temas além daqueles definidos a partir do temário central.

Art. 9º - Será organizado espaço para exposição e divulgação das experiências institucionais relacionadas ao tema central e subtemas. Os trabalhos deverão ser enviados a Comissão Organizadora até o dia 18 de novembro para conhecimento, seleção e organização do espaço.

Parágrafo Único - De acordo com a disponibilidade de espaço, poderá ser reservado local para grupos interessados em discussões de temáticas específicas, paralelamente aos trabalhos da conferência. As solicitações deverão ser enviadas a Comissão Organizadora até o dia 28 de novembro, para conhecimento, seleção e organização do espaço.

Art. 10º - Os relatórios das Conferências Estaduais de Saúde Mental, apresentados em versão resumida de no máximo 8 (oito) laudas, deverão ser encaminhados para a Secretaria Geral da Conferência até 28 de novembro, para serem consolidados e subsidiarem as discussões da Etapa Nacional.

Art. 11º - A Comissão Organizadora, através da Assessoria de Programação, promoverá a elaboração de textos sobre o Temário Central para subsidiar as discussões da Etapa Nacional.

Parágrafo Único - A Comissão Organizadora podem promover Programa de Atividades Preparatórias na semana anterior a realização da Etapa Nacional da III Conferência de Saúde Mental.

CAPITULO IV - DA ORGANIZAÇÃO -

Art. 12 - A III Conferência Nacional de Saúde Mental será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde, e na sua ausência ou impedimento eventual, pelo Secretário de Assistência a Saúde.

Art. 13 - Para a organização e desenvolvimento de suas atividades, a III Conferência Nacional de Saúde Mental contará com uma Comissão Organizadora, de acordo com a Portaria Ministerial nº 1.086/GM, de 27 de julho de 2001.

SEÇÃO I - ESTRUTURA DA COMISSÃO ORGANIZADORA -

Art. 14 - A Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental terá a seguinte estrutura:

I - Comitê Executivo:

Coordenador-Geral
Secretário-Geral
Secretário Adjunto
Relator-Geral
Relator Adjunto

II - Comissão de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde.

III - Grupo Consultivo.

§ 1º - Comitê Executivo contará com Coordenações Especiais e Permanentes, conforme especificado a seguir:

Coordenação de Programação;

Coordenação de Comunicação Social;
Coordenação de Articulação e Mobilização;
Coordenação de Organização;
Coordenação de Apoio as Delegações Estaduais.

§ 2 - Além do grupo consultivo designado pela Portaria Ministerial 1.086, de 27 de julho de 2001, a Comissão Organizadora poderá indicar pessoas e entidades com contribuição significativa na área, para integrem a Comissão Consultiva.

SEÇÃO II

- ATRIBUIÇÕES -

Art. 15 - A Comissão Organizadora terá as seguintes atribuições:

I - coordenar, supervisionar, dirigir e promover a realização da Conferência, atendendo aos aspectos técnicos, administrativos e financeiros;

II - propor o Regimento da Conferência, o Regulamento da Etapa Nacional e a Programação;

III - propor os nomes dos expositores e o temário central da etapa nacional, bem como os documentos técnicos e textos de apoio;

IV - propor os critérios e modalidades de participação e representação dos interessados, bem como o local de realização da Conferência;

V - designar os integrantes das Coordenações Especiais;

VI - elaborar o Relatório Final e os Anais da III Conferência Nacional de Saúde Mental, bem como promover a sua publicação e divulgação;

VII - estimular e apoiar as Conferências Municipais e Estaduais de Saúde nos seus aspectos preparatórios da III Conferência Nacional de Saúde Mental;

VIII - elaborar proposta definindo critérios e modalidades de participação e representação na III Conferência Nacional de Saúde Mental;

IX - elaborar proposta de programação da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Art. 16 - Ao Comitê Executivo caberá:

- I - aprovar o plano de recursos financeiros necessários a realização da Conferência e a prestação de contas ao final do evento;
- II - aprovar a proposta de celebração de contratos e convênios;
- III - constituir e coordenar as Coordenações especiais e permanentes;
- IV - responder a consultas regimentais originadas das etapas municipal e estadual;
- V - articular-se com setores do Ministério da Saúde e outras instituições para o desenvolvimento dos trabalhos;
- VI - aprovar a proposta de divulgação do evento;
- VII - aprovar a programação das atividades da Etapa Nacional;
- VIII - deliberar sobre os casos omissos, ouvido, se necessário, o Conselho Nacional de Saúde;
- IX - aprovar texto final da relatoria da III Conferência Nacional de Saúde Mental;
- X - coordenar os trabalhos da Etapa Nacional.

Parágrafo Único - O Comitê Executivo contará com a contribuição da ASCOM / MS - Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde, para realizar as atividades abaixo, com acompanhamento e aprovação:

- a) propor e providenciar condições de infra-estrutura necessárias referentes ao local do evento;
- b) propor e providenciar condições de infra-estrutura necessárias referentes aos equipamentos, instalações audiovisuais, reprografia, comunicações, hospedagem, transporte, alimentação e outras;
- c) elaborar orçamento, com base nas informações de atividades consolidadas na Coordenação da Comissão Executiva Colegiada e prever as suplementações necessárias;
- d) providenciar os atos e encaminhamentos pertinentes aos fluxos dos gastos com as devidas previsões, cronogramas e planos de aplicação.

Art. 17 - As Coordenações Especiais e Permanentes do Comitê Executivo, caberá:

§ 1º - A Coordenação de Programação:

I - providenciar a elaboração dos Termos de Referência visando a produção) de textos e a preparação das exposições para as Mesas do tema oficial;

II - indicar e confirmar os conferencistas para cada uma das Mesas-Redondas, encarregando-se ainda de obter os textos de suas apresentações;

III - elaborar a relação de sub-temas e os roteiros para os grupos de trabalho;

IV - selecionar o material de apoio para distribuição aos delegados.

§ 2º - A Coordenação de Comunicação Social:

I - coordenar a divulgação institucional e política da III Conferência Nacional de Saúde Mental;

II - articular-se com os veículos de comunicação das entidades e instituições que compõem o Conselho Nacional de Saúde e que possuem interface com a área de Saúde Mental, visando a sua participação nas atividades de Comunicação Social da Conferência;

III - articular-se especificamente com a Assessoria de Comunicação do Gabinete do Ministro da Saúde, visando á elaboração de um plano geral de Comunicação Social da Conferência.

§ 3º - A Coordenação de Articulação e Mobilização:

I - obter informações sobre o andamento das Conferências Municipais e Estaduais, por meio das suas coordenações, especialmente no que concerne a incorporação do temário oficial da III Conferência Nacional de Saúde Mental, repercussão das exposições, debates nas mesas e conclusões;

II - estimular a realização das Conferências Municipais e Estaduais e o encaminhamento dos Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde Mental ao Relator Geral da III Conferência Nacional de Saúde Mental em tempo hábil;

III - facilitar o intercâmbio entre os Estados, visando a troca de experiências positivas no que concerne a incorporação do temário da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

§ 4º - A Coordenação de Organização:

I - preparar e apresentar a Coordenadoria da Comissão Executiva a prestação de contas de todos os recursos concedidos para a realização da Conferência;

II - auxiliar a Secretaria-Geral na elaboração e negociação de contratos e convênios;

III - acompanhar as correspondências da Conferência;

IV - propor cronograma para o desenvolvimento dos trabalhos;

V - articular-se com a ASCOM/MS para definição de infra-estrutura necessária para a realização do evento;

VI - articular-se com as demais Coordenações, Comitê Executivo e Comissão Organizadora;

§ 5º - A Coordenação de Apoio As Delegações Estaduais:

I - receber e apoiar as delegações estaduais.

Art. 18 - A Comissão Consultiva caberá:

I - participar da elaboração dos eixos temáticos da III Conferência Nacional de Saúde Mental;

II - prestar assessoria a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em suas três etapas, no seu âmbito de competência;

III - assessorar o Comitê Executivo.

Art. 19 - À Relatoria caberá:

I - coordenar a Comissão Relatora da etapa nacional;

II - propor e coordenar os relatores dos grupos de trabalho, ouvida a Coordenadoria da Comissão Executiva;

III - consolidar os relatórios da etapa estadual e prepará-los para distribuição aos delegados da III Conferência Nacional de Saúde Mental;

IV - consolidar os relatórios parciais da Conferência;

V - coordenar a elaboração dos consolidados dos Conjuntos Temáticos;

VI - elaborar a sistematização e o consolidado das moções aprovadas na Plenária Final;

VII - elaborar o Relatório Final e os Anais da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

CAPÍTULO V - DOS PARTICIPANTES -

Art. 20 - A III Conferência Nacional de Saúde Mental, em suas três etapas, deverá contar com a participação de usuários de Saúde Mental e familiares, e representantes de órgãos públicos, entidades de Direitos Humanos, organizações patronais, Conselhos de Profissionais relacionados à área, entidades e organizações da sociedade civil.

Parágrafo Único - Nos termos do § 4º do Artigo Iº da Lei 8142/90, a representação dos usuários na III Conferência Nacional de Saúde Mental, nas suas diferentes etapas, será paritária em relação ao conjunto dos representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde.

Art. 21 - Os participantes da etapa nacional da III Conferência Nacional de Saúde Mental se distribuirão em três categorias:

- a) delegados - com direito a voz e voto;
- b) observadores - com direito a voz;
- c) convidados - com direito a voz.

§ 1º - Os critérios para escolha dos convidados serão definidos pelo Comissão Organizadora.

§ 2º - A indicação de observadores deverá acompanhar a mesma proporcionalidade estabelecida para indicação de delegados.

Art. 22 - A etapa nacional da III Conferência Nacional de Saúde Mental terá delegados eleitos e delegados nacionais:

§ 1º - São delegados eleitos os escolhidos nos Estados e Distrito Federal, em Conferência Estadual de Saúde Mental, na proporção de 01 para cada 198.823 habitantes, de acordo com a última estimativa do IBGE, garantindo-se o número mínimo de 06 delegados para os estados com população inferior a 1.200.000 (um milhão e duzentos mil) habitantes.

§ 2º - São delegados nacionais, indicados pela Comissão Organizadora: os membros efetivos do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Organizadora, e representantes de entidades nacionais de gestores,

entidades nacionais de formadores de Recursos Humanos, entidades nacionais de prestadores de serviços, entidades nacionais de trabalhadores do Setor Saúde, do Ministério Público Federal e de outras entidades da Sociedade Civil.

Art. 23 - A III Conferência Nacional da Saúde Mental será constituída por:

- a) delegados, sendo 85% eleitos nas etapas estaduais e 15% de delegados nacionais, conforme o artigo 22 deste regimento.
- b) 200 observadores.
- c) 100 convidados, indicados pela Comissão Organizadora.

Art. 24 - A composição percentual dos delegados eleitos em cada Conferência Estadual de Saúde Mental devem obedecer aos critérios estabelecidos pela Comissão Organizadora, com base no princípio da paridade, adequados a realidade estadual, de Acordo com o Anexo I :

§ 1º - Os Usuários e Sociedade Civil deverão representar 50% do total de delegados eleitos, observando-se a seguinte distribuição percentual por segmento, de acordo com a realidade local:

- a) Movimentos populares, entidades sindicais, exceto aquelas do Setor Saúde, entidades de direitos humanos e associação de usuários de Serviços de Saúde - 20%.
- b) Conselheiros usuários dos Conselhos Municipais e Estadual - 10%.
- c) Associações, organizações e entidades de usuários de Serviços de Saúde Mental, ou familiares e usuários do Sistema de Saúde Mental - 20%.

§ 2º - Os delegados representantes da Administração Pública, dos Prestadores Privados, das Instituições Formadoras e dos Trabalhadores de Saúde Mental deverão representar 50% do total de delegados eleitos, observando-se a seguinte distribuição percentual por segmento, de acordo com a realidade local:

- a) Administrações Municipais - 13%.
- b) Administração Estadual - 5%.

- c) Trabalhadores em Saúde Mental - 18%
- d) Prestadores de Serviços privados - 10%.
- e) Instituições formadoras - 4%.

CAPÍTULO VI - DOS RECURSOS -

Art. 25 - As despesas com a organização geral e com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental correrão a conta do Ministério da Saúde.

Art. 26 - Poderão ser firmados convênios e contratos com vistas a execução de ações necessárias a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, por iniciativa da Comissão Organizadora.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS -

Art. 27 - O Conselho Nacional de Saúde, por meio da Coordenadora da Comissão de Saúde Mental, acompanhará as atividades do Comitê Executivo.

Art. 28 - Os casos omissos e considerados especiais deverão ser analisados pela Comissão Organizadora, e, se necessário, submetidos ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde.

7. AGENDA DAS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE MENTAL

Estado	Data
	Outubro
ES	9 e 11/10
PI	16 e 17/10
AC	17 e 18/10
RO	26 e 27/10
MT	29 e 30/10
MS	31/10 e 1/11

Estado	Data
	Novembro
TO	1/11
MG	5 a 7/11
PB	6 a 8/11
GO	6 e 7/11
RJ	7 a 11/11
DF	7 (abertura) 10 e 11/11
SC	08 e 9/11
RS	8 a 11/11
SE	8 e 9/11
PE	9 e 10/11
PR	10/11
AL	12 a 14/11
CE	13 e 14/11
BA	12 e 13/11
RN	13 e 14/11
AM	12 a 13/11
PA	13 a 14/11
SP	15 a 18/11
MA	15 a 18/11
RR	20 a 22/11
AP	23 e 24/11

8. ANEXO

Distribuição de delegados eleitos e observadores, por região e estado

REGIÃO ESTADOS	POPULAÇÃO	DELEGADOS ELEITOS	OBSERVADORES
Norte	12.666.944	78	24
RO	1.338.479	8	4
AC	555.882	6	2
AM	2.701.947	14	4
RR	279.431	6	2
PA	6.123.870	30	6
AP	477.909	6	2
TO	1.189.416	8	4
Nordeste	47.250.352	240	54
MA	5.542.103	28	6
PI	2.772.694	14	4
CE	7.294.216	36	8
RN	5.715.081	14	4
PB	3.419.851	18	4
PE	7.695.674	38	8
AL	2.763.684	14	4
SE	1.768.796	8	4
BA	13.278.253	68	14
Sudeste	71.863.789	356	72
MG	17.689.658	88	18
ES	3.023.619	16	4
RJ	14.060.813	70	14
SP	36.888.679	182	36
Sul	28.033.302	126	26
PR	9.610.597	48	10
SC	5.239.533	26	6
RS	10.183.172	52	10
Centro-Oeste	11.675.381	58	24
MS	2.089.030	10	6
MT	2.463.862	12	6
GO	5.059.121	26	6
DF	2.063.368	10	6
TOTAL	168.278.748	858	200

Fonte: Estimativa populacional- IBGE - 2001

9. COMISSÃO ORGANIZADORA

COMISSÃO ORGANIZADORA
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

I - COMITÊ EXECUTIVO

COORDENADOR GERAL
Pedro Gabriel Delgado

SECRETÁRIO GERAL
Sônia Barros

SECRETÁRIO ADJUNTO
Marylene Rocha de Souza

RELATOR GERAL
Eduardo Mourão Vasconcelos

RELATORA ADJUNTA
Fernanda Nicácio

COORDENAÇÃO DA SECRETARIA EXECUTIVA

COORDENAÇÃO DE PROGRAMAÇÃO:

- *Domingos Sávio Alves Nascimento;*
- *Paulo Amarante;*
- *Ana Pitta;*
- *Marcus Vinícius Oliveira;*
- *Miguel Roberto Jorge;*
- *Eduardo Vasconcelos;*
- *Fernanda Nicácio.*

COORDENAÇÃO DE ARTICULAÇÃO:

- *Alfredo Schechtman*
- *Sandra Fagundes;*
- *Milton Marques;*
- *Fernando Goulart;*
- *Paula Cerqueira;*

COORDENAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO E CREDENCIAMENTO:

- *Maria Cristina Lobo;*
- *Lúcia Figueiredo;*
- *Jaqueline Beserra;*
- *Karime Pôrto.*
- *Márcia Aparecida Ferreira.*

COORDENAÇÃO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL:

- *ASCOM/MS*
- *CGDI/MS;*
- *Comunicação Social/OPAS;*
- *Comunicação Social/CNS.*

COORDENAÇÃO DE APOIO ÀS DELEGAÇÕES ESTADUAIS

- *Karime Pôrto;*
- *Vera Lúcia Marques Vita;*
- *Fernando Goulart;*

II- COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Vera Lúcia Marques Vita

MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL

Paulo Duarte de Carvalho Amarante

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

Milton Marques de Medeiros

FÓRUM DAS ENTIDADES NACIONAIS DOS TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE

Marcus Vinicius Oliveira e Silva

SECRETARIA DE ESTADO DOS DIREITOS HUMANOS DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Niusarete Margarida de Lima

REPRESENTANTES USUÁRIOS

Fernando César Faria Goulart

REPRESENTANTES FAMILIARES

Ligja Adélia Falcão da Silva

CONSELHO DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS /CONASS

Maria Paula Cerqueira

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA

Miguel Roberto Jorge

**III - COORDENADORES ESTADUAIS DE SAÚDE MENTAL (I
POR MACRORREGIÃO)**

IV - GRUPO CONSULTIVO

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/CNS

Nelson Rodrigues dos Santos

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE/SPS/MS

Márcia Luz da Motta

SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS/SIS/MS

Elizabeth Diniz Barros

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA

Domingos Sávio Nascimento Alves

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA/UNB

Eliane Seidl

OPAS/MS

Julio Javier Espíndola

SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA

Ismael Baggio

REPRESENTANTE DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL/OAB

Rosana Chiavassa

**REPRESENTANTE DA COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS DA
CÂMARA DOS DEPUTADOS**

REPRESENTANTE DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
Ivana de Siqueira

10. INFORMAÇÕES ÚTEIS

COMISSÃO ORGANIZADORA DA III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Esplanada dos Ministérios - Anexo B - Sala 206

70.048-900 - Brasília - DF

Telefones: (61) 226.0640 / 226.1493

Fax: (61) 224.8617

E-mail: 3cnsm@saude.gov.br

Impressão, acabamento e expedição
EDITORA MS/Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 — CEP 71200-040
Telefones: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail editora,ms@saude.gov.br
Brasília-DF, janeiro de 2002
O.S. 0827/2001

ISBN 85-334-0437-9



9 788533 404373



DISQUE SAÚDE
0800-61.1997

www.saude.gov.br

SUS



Sistema
Único
de Saúde



MINISTÉRIO
DA SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL

Trabalhando em todo o Brasil