



## **A Política de Saúde Mental como direito:**

Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS.

# RELATÓRIO FINAL



**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

## **IV CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL DE SÃO PAULO RELATÓRIO FINAL**

### **SUMÁRIO**

- 1- Apresentação
- 2- Introdução
- 3- Palestra de Abertura da 4º Conferência de Saúde Mental – Fernanda Almeida
- 4- Palestra Magna – Emiliano de Camargo David
- 5- Palestra da área técnica - Wagner Laguna
- 6- Diretrizes aprovadas por Eixo para as etapas: Municipal, Estadual e Federal
- 7- Diretrizes por eixo com mais de 70% dos votos
- 8- Moções aprovadas
- 9- Anexos:  
Regimento da IV Conferência Municipal da Saúde Mental  
Relação dos 160 Delegados eleitos para a etapa Estadual  
Siglas
- 10- Lista dos integrantes das comissões e convidados

## Comissão Organizadora

Patrícia Perez e Silva de Freitas  
**Coordenadora**

Alexander de Carlo Freitas Navarro  
**Coordenador Adjunto**

Carlos Miguel B. Damarindo  
Deodato Rodrigues Alves  
Fábio Henrique Salles  
Jilsomar Pinheiro da Silva  
Jociléia Néia da Costa  
José Erivalder Guimarães de Oliveira  
Leandro Valquer J.L. de Oliveira  
Marcelo Monteiro Pinto  
Marcionília Nunes de Lima  
Maria Auxiliadora Chaves da Silva  
Nelza Akemi Shimidzu  
Pamella de Freitas Saião Scafura  
Rita de Cassia Batista  
Rubens Alves Pinheiro Filho  
Silas Lauriano Neto  
Vita Aguiar de Oliveira

## Agradecimento

Agradeço ao Sr. Julio César Caruzzo e a Sra Denize Calvo Costa, pelo trabalho de excelência em todo processo, dedicação ao trabalho, a paciência com esta comissão e todo auxílio que nos deram para que esta Conferência se realiza-se.

Muito Obrigada!  
Patrícia Perez

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Dr. Luiz Carlos Zamarco  
**SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE**

Maurício Serpa  
**SECRETÁRIO ADJUNTO**

Armando Luis Palmieri  
**CHEFE DE GABINETE**

Júlio Cesar Caruzzo  
**SECRETÁRIO GERAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos em especial a equipe da EMS -Escola Municipal de Saúde - e das EMSR - Escolas Municipais de Saúde Regionais - pela atuação na relatoria da Conferência, bem como a equipe do COAPES - Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde - que prontamente atenderam as necessidades de infraestrutura para realização da Conferência.

**Diretor da EMS:** Marcelo Takishi Scrocco

**Coordenadora do COAPES:** Lúcia Langanke de Oliveira

### **Equipe da EMS e EMSR que atuaram na relatoria:**

Betina Black Dalarmelino  
Daniele Pavan Begue  
Flávia Pereira da Silveira  
Jacqueline Aparecida Drumond  
Luciana Munhoz Schuller  
Maria do Carmo Sales Monteiro  
Paula Campi Locatelli de Almeida  
Talmany Zampieri Lima

## 1 - APRESENTAÇÃO

O Conselho Municipal de Saúde de São Paulo – CMS-SP e sua Comissão de Relatoria apresentam o Relatório Final da IV Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, que, nos dias 25, 26 e 27 de março de 2022, reuniu no auditório da UNINOVE Vergueiro 484 delegados de todo o município para discutir a política de saúde mental do SUS.

As discussões nos 3 eixos temáticos resultaram na aprovação de 24 diretrizes prioritárias, sendo 16 em âmbito Municipal, 4 em âmbito estadual e 4 em âmbito nacional. Essas diretrizes foram construídas a partir das pré-conferências realizadas em todas as Supervisões Técnicas de Saúde no período de 12 de novembro de 2022 a 15 de dezembro de 2022. Deste processo de discussão regionalizada tivemos a elaboração e aprovação de 321 diretrizes que foram compiladas no Caderno de Diretrizes para a IV Conferência Municipal de Saúde Mental, conforme segue:

Eixo 1: CUIDADO EM LIBERDADE COMO GARANTIA DE DIREITO À CIDADANIA

78 diretrizes

Eixo 2: GESTÃO, FINANCIAMENTO, FORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GARANTIA DE SERVIÇOS, DE SAÚDE MENTAL

83 diretrizes

Eixo 3: POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OS PRINCÍPIOS DO SUS UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE

79 diretrizes

Eixo 4: IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO E OS DESAFIOS PARA O CUIDADO PSICOSSOCIAL DURANTE E PÓS-PANDEMIA

81 diretrizes

Nesse relatório apresentamos todas as 131 diretrizes aprovadas com mais de 70% de votos, as 16 diretrizes escolhidas para a III Conferência Estadual e as 4 diretrizes escolhidas para a V Conferência Nacional de Saúde Mental. Destacamos que não houve alteração na redação de nenhuma das diretrizes por se tratar de texto lido e aprovado em votação, mesmo que algumas frases possam ter ficado aquém em relação a um rigor sintático-semântico. Fizemos apenas correções de erros de ortografia e digitação.

Também incluímos as excelentes palestras de abertura para compartilhar com todos e para que fique registrada essa importante contribuição para a Saúde Mental.

AbraSUS!

Alexander Navarro

**Coordenador da Comissão de Relatoria da IV Conferência Municipal de Saúde Mental**

Patricia Perez e Silva de Freitas

**Coordenadora da Comissão Organizadora da IV Conferência Municipal de Saúde Mental**

Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira

**Coordenador da Comissão Executiva do CMS-SP**

## 2 - INTRODUÇÃO

A IV Conferência Municipal de Saúde Mental ocorreu nos dias 25, 26 e 27 abril de 2022 e teve como tema principal “A Política de Saúde Mental como direito: pela defesa do Cuidado em Liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da Atenção Psicossocial no SUS”. A realização de uma conferência é a representação da participação social no SUS, evento fundamental para se garantir o avanço dessa concepção, a grande diretriz do Sistema Único de Saúde. No entanto, ela acontece num momento sensível de crise política, econômica e social pela qual passa nosso país. Depois de 08 anos da realização da III Conferência Municipal de Saúde Mental, nos vemos diante de uma realidade muito diferente daquela que outrora vivemos. Apesar dos avanços alcançados na implantação da rede de atenção psicossocial, sofremos múltiplos ataques advindos de espaços conservadores e manicomialistas, que tentam impor e retomar de forma antidemocrática e vertical políticas manicomialistas via aparelho de Estado.

Tal conjuntura nos coloca frente a dois desafios: defender o fortalecimento da rede de atenção psicossocial municipal e sua relação com a rede estadual, avançando em sua implementação e reconhecendo os próprios limites que essa política, outrora implantada, apresenta. Essa questão foi tema nas discussões das pré-conferências e podemos observar que as diretrizes aprovadas que foram levadas para discussão na conferência retratam a percepção de todos os segmentos em relação à conjuntura.

Se fizermos uma revisão histórica da reforma psiquiátrica e da política de saúde mental nos últimos anos, o que vemos é um aumento expressivo do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades (Adulto, Álcool e Outras Drogas e Infanto-juvenil) não apenas na cidade de São Paulo, mas em todo território nacional. Isso se deu por conta do forte investimento vindo do governo federal entre os anos de 2002 a 2015. O município de São Paulo continuou o investimento nos CAPS após esse período. Entretanto, ao olharmos para os outros equipamentos da rede psicossocial não veremos o mesmo crescimento, por exemplo dos CECCOs - Centros de Convivência e Cooperativa -, dispositivos tão necessários nos territórios da cidade. A não abertura de concurso público para reposição de profissionais vai esvaziando esses equipamentos a cada vez que alguém se aposenta. Muitos deles não têm condições de comprar materiais para a realização das oficinas. Por isso a reivindicação de aumento de corpo técnico e de oficinheiros e da própria ampliação desses equipamentos para regiões que ainda não o possuem.

A centralidade do financiamento em um único equipamento retirou investimento na contratação de equipes multidisciplinares (Psicólogo, Assistente Social, Educador Físico, Médico Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo e outros) na atenção básica, hospital geral e outros equipamentos que compõem a rede. Essa escolha provocou um expressivo desequilíbrio no funcionamento da rede de atenção, fazendo com que os CAPS fossem responsáveis e responsabilizados pela maior demanda de saúde mental nas regiões. E o avanço na rede básica de saúde tem se dado de forma tímida e aquém do necessário, visto que esses profissionais acolhem outras demandas além da saúde mental.

Daí a necessidade de uma equipe de saúde mental multiprofissional em todas as UBSs da cidade de São Paulo. Todas as regiões fizeram essa discussão nas pré-conferências, sendo possível observar nas diretrizes aprovadas com mais de 70% de votos.

No campo da assistência social, importante componente da Rede de Atenção Psicossocial, o desmonte não foi menos devastador. A perda anual de orçamento, a não reposição de trabalhadores e trabalhadoras nesses equipamentos, têm fragilizado a assistência na garantia de direitos e políticas sociais para os usuários que delas tanto necessitam.

Neste sentido, aquilo que, a partir de 2011, passou-se a chamar de rede de atenção psicossocial (RAPS) e tinha como proposta articular os diferentes equipamentos contidos num determinado território, tornou-se apenas uma lista de serviços sem estrutura e condições de garantir atendimento à população. Essa questão foi discutida em todos os eixos, na tentativa de elaboração de diretrizes que atendessem as necessidades de todas as regiões.

No que tange às políticas de álcool e outras drogas, os desafios são ainda maiores. O cuidado nesse campo permanece centralizado nos CAPS AD, que se veem diante de inúmeras demandas que ultrapassam seu campo de atuação e que seria foco de outros serviços para além da saúde. Não conseguimos romper com as barreiras de acesso e estigmas que impedem a circulação desses usuários pelos diversos serviços das políticas públicas.

Essa insuficiência de políticas no campo de álcool e outras drogas, que passa pela moradia, renda, trabalho e alimentação, deixa um espaço para que as comunidades terapêuticas se apresentem como solução imediata de todos esses problemas. É importante ressaltar que tais instituições vêm ganhando desde 2011 cada vez mais financiamento nas três esferas de governos e recentemente também no governo do município de São Paulo via programa “Redenção”: a partir de 2017 o governo começou a elaborar este programa em substituição progressiva ao Programa de Braços Abertos (DBA). Em junho de 2020 a Política Municipal de Álcool e Drogas foi aprovada, dando início a segunda fase do programa “Redenção”. Tínhamos a expectativa que essas questões fossem debatidas com mais vigor no sentido de se defender qual a política de drogas que queremos para nossa cidade. No entanto, permanece necessário investir na discussão em defesa de uma política de Saúde Mental comprometida com a liberdade, haja vista as atuais investidas contra a população de rua e usuários de substâncias do entorno da praça Princesa Isabel, no Centro, que indicam a política de extermínio e o processo de gentrificação camuflados de combate ao tráfico de drogas, violando os direitos humanos e negligenciando os cuidados em saúde. Pode-se perceber que nos eixos 1 e 2 a posição foi unânime em se definir diretrizes que buscam garantir o fechamento das comunidades terapêuticas e o fortalecimento da RAPS.

Vale destacar que o avanço das comunidades terapêuticas tem sido tão forte dentro das políticas de Estado que, ainda nesse ano, foi criada uma portaria pelo governo

federal para acolher crianças e adolescentes nessas instituições. É importante lembrar que os CAPS infantojuvenis do município acolhem esse público também em sua demanda de uso abusivo de substâncias. Mas quem circula pelos espaços centrais de São Paulo tem percebido o aumento de crianças e adolescentes em situação de rua e usuários de substâncias. E qual política para essa população efetivamente temos? Esses temas foram discutidos durante a conferência e todos os eixos definiram diretrizes sensíveis à temática.

Outro aspecto importante foi a discussão do impacto desigual da pandemia em populações em situação de vulnerabilidade como crianças, adolescentes, idosos, mulheres, negros, pessoas em sofrimento psíquico grave, pessoas com uso abusivo de substâncias, pessoas com deficiência, populações tradicionais, pessoas em situação de encarceramentos, pessoas em situação de rua, população LGBTQIAP+, subempregados, desempregados, endividados e tantos outros.

Discutiu-se também a recusa de alguns espaços da saúde em acolher a demanda de saúde mental, o que denuncia o problema de formação das trabalhadoras e trabalhadores, que raras vezes, têm algum contato com conteúdo de saúde mental na sua formação. Apesar do aumento dos espaços de residência multiprofissional e residência médica e da exigência de passagem pelos serviços da rede de atenção psicossocial, é insuficiente os espaços de formação. Em sua maioria, as trabalhadoras e trabalhadores chegam para atuar nos serviços sem contato algum com a luta antimanicomial, a história da reforma psiquiátrica e as políticas de saúde mental. Várias diretrizes aprovadas apontam a importância das ações em educação permanente em parceria com as universidades públicas para formação da classe trabalhadora. No entanto, também destacaram a precarização das condições de trabalho e o aumento da demanda nos serviços, o que além da capacidade de oferta, coloca as trabalhadoras e trabalhadores sem tempo e energia para discutir e compartilhar os casos ou mesmo se qualificar.

Vemos que, apesar dos avanços que podem ser reconhecidos na própria experiência particular de cada um no dia a dia dos serviços, os desafios ainda são enormes, tanto naquilo que se refere a ampliação das políticas de saúde mental quanto às próprias condições de trabalho que são dadas cotidianamente.

As discussões da IV Conferência Municipal de Saúde Mental, depois de toda essa visão da história, das múltiplas dimensões, da complexidade e dos desafios atuais do campo da saúde mental, cabe apenas retomar o objetivo principal que ela deve cumprir: convidar cada um dos atores que hoje atuam no campo para participar do processo. As conferências de saúde constituem uma conquista democrática do povo brasileiro para suas políticas públicas, que nos possibilita, junto às bases de nossa sociedade, avaliar, discutir e propor as diretrizes que deverão conduzir as políticas que queremos para o nosso município, e no nosso caso, para a Política de Saúde Mental que desejamos para os próximos anos.

Assim, a cada um de nós e a cada coletivo, serviço ou organização em que atuamos, como trabalhadores/as, gestores/as, usuários/as, familiares, parceiros/as e amigos/as de

<sup>1</sup>Texto baseado no Documento Orientador da IV Conferência Municipal de Saúde Mental da Cidade de São Paulo

nosso campo, cabe debruçar sobre nossas experiências e práticas, sobre os conhecimentos que adquirimos, e trazer para a reflexão e o debate, defendendo nossas ideias e propostas, para configurar com toda a visibilidade a Política Pública do Município de São Paulo para o campo. Se hoje vivemos uma conjuntura política, econômica e social muito grave no país, ainda temos estes mecanismos democráticos que nos garantem este espaço de participação e de resistência, de reencontrar os parceiros da luta antimanicomial, de troca de ideias e propostas. E é essa articulação ampla, ouvindo as bases da sociedade, que irá possibilitar a atualização de nossa potência como movimento social e a renovação de nossa vocação hegemônica, na construção de uma política de saúde mental que expressa os anseios mais autênticos de justiça e equidade da maioria da população de nosso país!

Comissão de Relatoria

### 3. Abertura da Conferência Municipal de Saúde Mental

*A Política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS*

Fernanda Almeida

#### Agradecimento / Contexto histórico-social

Bom dia a todas, todos e todes, é com emoção que eu saúdo todos(as) os delegados(as) desta 4ª Conferência Municipal de Saúde Mental da cidade de São Paulo. Esse é um momento muito especial para todos nós, o retorno presencial das conferências participativas. Como importantes espaços participativos, as conferências fazem parte do legado democrático deste país. Democracia e direitos humanos são os nossos pilares. O campo da saúde mental inexistia na ausência ou fragilidade destes.

É para mim uma honra imensa ocupar esse lugar. Estou verdadeiramente emocionada e agradecida. Sou servidora pública municipal de um CAPS-AD, sou trabalhadora do SUS e me orgulho em compor a enorme teia de trabalhadores, usuários, familiares e militantes da luta antimanicomial desta cidade. Agradeço a confiança da comissão organizadora desta 4ª Conferência Municipal de Saúde Mental que me confiou a tarefa importante de fazer, juntamente com o meu querido companheiro Emiliano Camargo de David, esta fala de abertura. Sei da responsabilidade histórica e política deste espaço que me foi concedido, espero estar à altura. Foram 8 anos desde a última conferência municipal, em 2013, ano emblemático na história recente do país. São 35 anos desde a I Conferência Nacional de Saúde Mental de 1987.

Vivemos tempos de guerra, pandemia, recessão financeira e econômica, austeridade, desemprego, fome e opressões. A destrutividade nos amedronta e nos faz pensar na finitude da vida humana, e do próprio planeta. Ao mesmo tempo, a engrenagem cínica do capitalismo dissimula com sua ideologia negacionista, e quer nos fazer crer que tudo

<sup>2</sup>Texto na íntegra proferido na abertura da Conferência

<sup>3</sup>Parte das ideias aqui apresentadas foram anteriormente publicadas no texto: O ataque à Saúde Mental, para além dos números. Disponível em: <https://outraspalavras.net/crise-brasileira/oataque-a-saude-mental-para-alem-dos-numeros/>

<sup>4</sup>Fernanda Almeida é assistente social, coordenadora do curso de Pós-Graduação em Serviço Social e Saúde da FAPSS-SP. Atua na Rede Pública de Saúde (SUS) em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). Psicanalista clínica em formação, aluna do Curso Psicanálise do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae

é normal, e assim seguirá, normalmente. Nosso campo sempre foi “anormal”! O campo antimanicomial sempre foi diverso, plural e sempre apostou na diversidade: as populações LGBTQIA+, as populações indígenas, quilombolas, enfim, um campo diverso que constrói e que acolhe afetiva e eticamente a diversidade e os modos de ser, viver e amar. Sabemos bem que a “normalidade” como valor político, estético, ético e moral dá sustentação para as propostas asilares e manicomiais, desde sempre.

Não nos resta outra alternativa: É preciso radicalizar, é preciso construir fissuras nas estruturas de poder político e social. É preciso denunciar o esvaziamento político do campo antimanicomial, e conseqüentemente a dissociação da determinação social do sofrimento. As condições materiais da vida social, sob a égide do neoliberalismo, impõem as novas manifestações sintomáticas que imprimem o mal-estar deste nosso tempo.

A razão neoliberal, como forma de sociabilidade, coloniza as subjetividades e impõe as novas formas do sofrer e conseqüentemente do adoecer. Nesse sentido, é imprescindível resgatar o caráter classista, radicalmente humanitário e revolucionário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esse sempre foi o fundamento, o espírito e a imago da luta antimanicomial.

### **Reforma sanitária e reforma psiquiátrica (Carta de Bauru)**

Buscar o referencial na história é estabelecer um nexos entre passado, presente e futuro. Resgatar os princípios do SUS, fruto do movimento da reforma sanitária. Recuperar as bases da luta antimanicomial que estão descritas na famosa Carta de Bauru de 1987. É tempo de restabelecer e resgatar o sentido e a radicalidade que animou os trabalhares(as), os usuários(as), a sociedade civil como um todo, quando afirmaram na carta de Bauru: “O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.”

### **Conjuntura em que acontece a Conferência**

De lá para cá muita coisa aconteceu. O SUS resiste bravamente. O Sistema Único de Saúde Brasileiro, diante de seu maior desafio, resiste. Resiste pela força de seus trabalhadores, resiste por ter em seu DNA as bases de uma estrutura radicalmente democrática. Resiste ao esvaziamento dos espaços de participação social. Resiste pela força do controle social que hoje viabiliza esta conferência, que foi precedida por outras 27 pré-conferências territoriais (além das demais que acontecem em todo país). O SUS resiste mesmo que a tônica palaciana do governo federal seja de negação, desinformação, desinvestimento, ausência de diretriz e ausência de política de proteção social.

Realizamos a 4ª Conferência Municipal de Saúde Mental no contexto da maior crise sanitária dos nossos tempos. As crises se avolumam em nosso país. Uma crise política

sem precedentes na história, uma crise social que empurra o país para a fome, uma crise ambiental que coloca em xeque a finitude do planeta, a crise sanitária que já matou milhares de pessoas. Temos (ou deveríamos ter) um país enlutado, são 658 mil mortos. “E o que tudo isso tem a ver com saúde mental?” - alguns poderiam me dizer. Eu pergunto: é possível ter saúde mental em um momento histórico tão hostil? O que significa ter saúde mental neste contexto? Quem acolherá a dor inominável do luto? Quem acolherá o desamparo dos órfãos da pandemia?

No período de maior isolamento social, no começo da pandemia, muitas pessoas reclamaram, legitimamente, do insuportável do confinamento. Foi-lhes indicado investir tempo em atividades lúdicas, nas artes, nas práticas terapêuticas, no autocuidado. Todos puderam perceber como o isolamento é enlouquecedor. E eu dizia, o nosso princípio de cuidado em liberdade ressalta muito isso. Agora que todos, de alguma maneira, estiveram isolados, puderam ver que a liberdade é, sim, terapêutica. O confinamento não pode ser sinônimo de tratamento.

Enquanto os olhos do mundo, legitimamente, estavam voltados para a ampliação de leitos de UTI, nós trabalhadores das Redes de Atenção Psicossocial sabíamos da importância do nosso trabalho, não como linha de frente, mas como uma espécie de meio de campo. A corrida contra o tempo marcou os primeiros meses de trabalho deste período pandêmico: reorganizamos os projetos terapêuticos singulares; levamos a medicação até as casas das pessoas isoladas; monitoramos, ao modo que nos foi possível, as condições de saúde (física e mental) dos mais frágeis e vulneráveis; pensamos e construímos as alternativas para as pessoas em situação de rua. Sustentamos as inseguranças dos pacientes que utilizam e necessitam diariamente dos atendimentos dos CAPSs e demais serviços especializados; construímos espaços que garantissem o sigilo nos atendimentos e, ao mesmo tempo, o distanciamento social e as condições sanitárias seguras para os usuários e para nós. Não nos esqueceremos que abraços, apertos de mão e saudações mais efusivas – que marcam o cuidado afetivo que oferecemos - foram ao longo desses quase dois anos sendo substituídos por máscaras, álcool em gel, água e sabão, além dos olhares amedrontados diante de qualquer espirro ou tosse.

Ao mesmo tempo, graças à convicção ético-política dos trabalhadores, vimos que foi possível garantir uma clínica potente, um trabalho em rede estruturado. A articulação territorial e comunitária sustentou aquilo que potencialmente fundamenta a RAPS (Redes de Atenção Psicossocial), e em especial os CAPSs, ou seja, o cuidado em liberdade, o acolhimento do sofrimento psíquico e o respeito às diferenças. Que a nossa conferência tenha espaço para discutir o retorno ao presencial. E que tenhamos condições de avaliar e propor as mudanças necessárias. São inegáveis e indiscutíveis os avanços e as conquistas, desde a Reforma Psiquiátrica com a aprovação da Lei 10.216/2001. Temos um legado, mas ao mesmo tempo é necessário avaliar e discutir o lugar da saúde mental na atenção primária em saúde. A fragmentação e focalização podem, por vezes, segregar os usuários da saúde mental, limitando seus atendimentos tão somente aos CAPSs, tirando-lhes a circulação por toda a rede de saúde. Temos falado do “CAPSCENTRISMO”. Que os CAPSs não percam

sua natureza de serviço comunitário e de articuladores da rede ampliada de saúde. Que o trabalho em grupo possa voltar mais forte e enraizado. Que o princípio da liberdade continue sendo nosso farol.

Mas, verdade seja dita, ainda que o contexto pandêmico traga tanta destrutividade, o desmonte da saúde mental não começou agora. Mais precisamente, desde 2017, uma sucessão de eventos vem tomando de assalto o campo da luta antimanicomial e antiproibicionista. Uma sequência de ataques à Política de Saúde Mental, assim como mudanças de rumo na Política e nas ações relativas ao campo das políticas sobre Álcool e outras Drogas, a exemplo do desproporcional financiamento das comunidades terapêuticas em detrimento do aporte de recursos financeiros para os CAPS-AD. Não é por acaso que a mais exorbitante ofensiva seja no campo de álcool e drogas. Não é de agora que os governos ultraconservadores buscam, em uma pseudocientificidade psiquiátrica, apoio para suas políticas de controle social de corpos. É preciso desmistificar a polêmica da incompatibilidade entre redução de danos e abstinência. No centro do tratamento deve estar o desejo dos usuários. Nesse sentido, defendemos uma concepção de redução de danos que expresse uma ética. A ética do cuidado! Radicalmente diferente do que é imposto pelas comunidades terapêuticas de cunho religioso. Os relatórios de vistoria realizados apontam as graves violações de direitos humanos em todo país; algumas dessas comunidades agem lamentavelmente como espécie de “milícias” no campo da saúde mental.

É preciso ainda lembrar que o golpe jurídico-parlamentar-midiático de 2016 trouxe consequências políticas e técnicas para a área da saúde. A famigerada Emenda Constitucional nº 95, fruto da “PEC da morte”, impôs o congelamento dos gastos públicos; no entanto, o sub e o desfinanciamento do SUS não poderiam ocorrer sem que fossem destruídas por dentro as estruturas que dão sustentação àquele que é um dos sistemas públicos de saúde mais robustos em todo o mundo. A Política de Saúde Mental brasileira, construída com uma sólida base antimanicomial, é uma dessas estruturas que o governo federal busca agora destruir. É preciso revogar imediatamente esta emenda austera e antidemocrática.

Vivemos momentos extraordinariamente disruptivos e que têm trazido tanta dor e sofrimento. Os resultados objetivos e subjetivos dessa sucessão de tragédias inundam os serviços de Saúde Mental em todo o país. Sou trabalhadora de um Centro de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas (CAPS-AD) que ainda resiste sob Administração Direta; isso porque, aqui na cidade de São Paulo, a maior parte dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial é administrada pelas Organizações Sociais (OSs), uma outra peça importante na conjuntura. Como mencionei, o desmonte no campo da saúde mental não é recente, a destruição do serviço público estatal é parte dessa engrenagem e vem de longa data.

É preciso fazer a crítica ao modelo de gestão pautado, quase exclusivamente, na terceirização. Tenho muito respeito pelo trabalho técnico desenvolvido por companheiras

e companheiros das OSs (meus colegas trabalhadores e trabalhadoras). Quando indico que é necessário fazer a crítica, não se trata de desmerecimento quanto ao trabalho desempenhado. Minha crítica é ao modelo de gestão adotado.

Sem dúvidas, as terceirizações no campo da saúde são peça principal, no tabuleiro político-administrativo, para a compreensão dos mecanismos destrutivos que corroem o SUS por dentro. Ousadia, audácia, irreverência, criatividade, perenidade, constância são fundantes do modelo antimanicomial; no entanto, posso afirmar: a loucura não cabe na “métrica” dos engessados e burocráticos contratos de gestão, que impõem aos seus trabalhadores a padronização, o “planilhamento” e a alienada produtividade, alheia ao tempo psicossocial necessário para o acolhimento mais cuidadoso.

Por isso é importante reafirmar a valorização dos serviços públicos estatais, com a ampla e imediata abertura de concursos públicos. É urgente um amplo processo de formação permanente, com financiamento de planos de supervisão técnica.

### **Questão AD / Novo manicômio**

Por essas e outras, o manicômio se metamorfoseia. O contexto é novo, mas a estratégia é velha. Temos assistido à pressão pela volta dos hospitais psiquiátricos. Podemos afirmar que, de alguma forma, eles se reatualizam, por exemplo na versão comunidade terapêutica. É preciso compreender que aquilo que está em jogo é a versão atualizada da mercantilização da loucura, ou seja, existem (e sempre existiram) setores da sociedade interessados em abocanhar fatias do fundo público e comercializar estruturas hospitalares e manicomiais de confinamento e controle dos corpos.

Evidentemente que esse modelo arcaico e carcerário não deveria receber a alcunha de tratamento; entretanto, ele ganha um verniz neoliberal reificado em práticas higienistas, no contexto da narrativa falaciosa da eficiência e da resolutividade da iniciativa privada em comparação com o serviço público que se quer destruir. A contrarreforma proposta pelo governo federal, que instituiu a “nova política de saúde mental de 2019”, se alinha aos interesses dos setores profissionais que defendem modelos hospitalocêntricos segregados e hierarquizados em estruturas biomédicas, radicalmente opostos àqueles modelos preconizados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica os quais agora, no contexto da COVID-19, precisam ser defendidos acima de tudo. Na noite de ontem, o Alex (Alexander Navarro) trouxe os dados numéricos sobre a quantidade de pacientes institucionalizados que ainda residem sob o velho modelo. Ainda não concluímos nossa tarefa de fechar os manicômios! A desestruturação do serviço de saúde mental, cindindo o atendimento psiquiátrico da atenção psicossocial e da reabilitação é o que dá fundamento à gênese do modelo manicomial. Ou seja, desde os tempos de Nise da Silveira, o tratamento aos pacientes com agravos mentais é palco de disputas e concepções. Nise, àquela época, já demonstrava que setores da psiquiatria tradicional pareciam não dar qualquer importância aos reais problemas dos sujeitos que atendiam e, com isso, promoviam uma espécie de apagamento das subjetividades, que era a marca dos pacientes internados nesses manicômios. O modelo ambulatorial, ao qual a gente deve resistir, em nada difere daquele

antigo e já ultrapassado modelo cindido de acolher os pacientes psiquiátricos. E por falar em cisão, ironicamente ou não, a proposta fragmentária parece um espelho da desestruturação psíquica que “eles” buscam, com “remédios”, reparar. A ultra medicalização, por vezes, tem sido a alternativa de tratamento. É preciso fazer essa denúncia.

Por outro lado, é importante assinalar a face invisibilizada e ainda mais cruel desse processo. Refiro-me ao fato de que uma parcela significativa da população atendida no serviço de Saúde Mental é composta por pessoas negras ou pardas. O último Censo Rua de 2022, por exemplo, identificou que 70% da população em situação de rua se autodeclarou como negra ou parda. Temos um contingente de 31.884 pessoas vivendo nas calçadas e nas praças da cidade. Assim, desestruturar a Rede de Atenção Psicossocial, substituindo-a por serviços baseados em modelos asilares e manicomiais, é acentuar ainda mais a violência e controle de corpos negros submetidos desde sempre à lógica eugenista e manicomial. Os usuários do CAPS-AD têm cor, o povo de rua tem cor, os pacientes dos manicômios têm cor, a raiz desse fenômeno está no âmago do racismo estrutural e colonial.

A luta antimanicomial em intersecção com a luta antirracista vêm produzindo um importante acúmulo discursivo sobre a necessidade de desvelar essa chaga secular. Com a proposta de aquilombamento dos serviços de saúde mental, o que se propõe é racializar a escuta terapêutica, compreendendo que esse país é profundamente racista e desigual e que, portanto, a determinação do processo saúde-doença tem um componente racial estruturante.

### **Vulnerabilidades / Periferia / População de rua**

Conquistamos e construímos as RAPSs – Redes de Atenção Psicossocial – mas ao mesmo tempo temos uma população mais empobrecida e mais vulnerabilizada. Os Projetos Terapêuticos Singulares (PTSs) precisam levar em consideração a real condição de vida dos usuários. Os PTSs não podem ser simples “agendas” de atividades recreativas e terapêuticas mas, sim, dispositivos concretos que apoiem os usuários (individual e coletivamente) a enfrentarem os desafios da vida como um todo. Portanto, a reabilitação psicossocial como estratégia de geração de emprego e renda é fundamental.

Nossa cidade é territorialmente marcada pelas contradições de classe. A distância entre os farriseiros e os homens e mulheres de rua do largo da batata, da cracolândia na região da Luz ou os jovens negros e periféricos das regiões mais afastadas do centro não pode ser medida em metros ou quilômetros. Há um fosso que os separa. A necropolítica – objetivada pelo “deixar morrer” ou pela perseguição das forças de repressão do Estado aos jovens negros e pardos - tem deixado suas marcas objetivas e subjetivas. Perguntem aos trabalhadores dos CAPS IJ (Infanto Juvenil) das periferias quais são os relatos dos meninos e das meninas atendidos (as) e vocês terão uma cartografia contemporânea da segregação étnico-racial. Eu fico pensando: “Como escutar e acolher tamanha violência sem se implicar?”

Ao mesmo tempo, em todas as regiões da cidade, é perceptível o aumento significativo da população em situação de rua. Fala-se de uma crise humanitária. Uma população adoecida que requer uma rede de saúde potente para um cuidado ampliado. Por isso é fundamental discutir o papel da Atenção Primária em Saúde no contexto das Redes de Atenção Psicossocial – conforme afirmei anteriormente.

Como diz o documento norteador desta Conferência, “a população em situação de rua necessita da ampliação das ofertas e estratégias de moradia para pessoas com transtornos mentais em situação de vulnerabilidade, com ampliação e implantação de equipamentos intersetoriais”. É fundamental assumir a bandeira do Movimento Nacional da População em Situação de Rua, “Casa Primeiro”, baseada na concepção do “house first”. Ampliar a oferta de moradia, diversificar nas formas do morar.

Nesse sentido, é impossível pensar estratégias de cuidado isoladamente no campo da saúde. A intersetorialidade não pode ficar apenas à mercê dos esforços dos técnicos dos trabalhadores. Intersetorialidade se faz com investimentos públicos em políticas sociais. Fortalecer a rede de Assistência Social é fundamental. Defender o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) como um agente fundamental da RAPS.

Assim, é fundamental romper com o modelo ambulatorial, centrado na doença e no diagnóstico, é urgente resgatarmos o sentido do cuidado de base territorial pautado na integralidade. É necessário recuperar a noção da determinação do processo saúde-doença e o conceito de saúde ampliada. Em 1987, na primeira conferência de saúde mental, ousamos dizer que era preciso viabilizar reformas estruturantes, tais como a reforma agrária e a reforma urbana. Dizíamos que era fundamental garantir os empregos, sabíamos que era necessária a articulação de todos os direitos (saúde, educação, moradia, cultura, etc.) para garantir uma saúde ampliada. Será que não é hora de recuperarmos esse mesmo engajamento político no campo da saúde?

## Homenagem

Por fim, mas não menos importante, eu gostaria pedir licença e fazer uma homenagem (assim como fiz na pré-conferência da minha região) a um paciente que faleceu em 30 de agosto do ano passado. Um homem com um quadro de adoecimento grave que mobilizou toda a rede de saúde. CAPS II, CAPS III, UBS (Unidade Básica de Saúde) – equipe EMAD (Programa Melhor em Casa), equipe de ESF (Estratégia Saúde da Família), programa PAI (atendimento ao Idoso). Foi uma luta dele, nossa e de sua família. No dia do seu sepultamento, seu irmão me ligou e disse: “vocês nunca desistiram dele, mesmo quando ele parecia ter desistido. Obrigado, meu irmão se foi, mas hoje eu entendo como o SUS funciona”. Essa é a força do nosso trabalho! Esse é a força do SUS!

Teremos dois longos dias de debates e discussões. Temos um longo e potente caderno de propostas, muitas destas propostas são fundamentais para avaliação, revisão e ampliação da RAPS; no entanto, poucas questionam as bases estruturais. Convido todas e todos a se autorizarem o exercício da radicalidade. Teremos ao longo do ano a oportunidade de

mudança. Em todo país, conferências de saúde mental estão sendo realizadas. O campo da luta antimanicomial, no alvorecer da democracia, depois dos 20 anos de ditadura, ajudou a construir a arena democrática. Em nosso tempo, ao nosso modo, podemos ser agentes desta mudança de agora, tão necessária para o futuro democrático do nosso país.

Faço um último pedido: Não nomeiem mais as atitudes perversas de alguns políticos como loucura. Dos loucos nós cuidamos e acolhemos; a perversão do fascismo nós combatemos!

Saudações antimanicomiais, antiproibicionistas, antirracistas e anticapitalistas a todas e todos. Manicômio nunca mais! A liberdade é terapêutica!

#### 4 - PALESTRA MAGNA

*Utopia libertária de aquilombamento: ferramenta de vontade política AntimaniCOLONIAL*  
Emiliano de Camargo David

##### Saudar e agradecer

Dou início saudando aquelas que vieram antes de mim, oferecendo abertura para que eu pudesse estar aqui na manhã de hoje, resgato dois nomes/personalidades em agradecimento:

Juliano Moreira – In memória – Nascido em Salvador, negro, formou-se médico e em 1903 tornou-se diretor do Hospital Nacional dos Alienados, localizado na então capital Federal Rio de Janeiro, era a instituição asilar de maior renome do país. Ele foi responsável pela primeira grande reforma psiquiátrica nacional, modificando o tratamento dos pacientes internados. Entre 1903 e 1905, mudou o formato das instalações, retirando grades das janelas e o uso das camisas de força, além de separar os internos por sexo, tipos de doenças e por idade. Investiu na formação dos trabalhadores que lidam diariamente com os pacientes, colocando a escola de enfermagem do hospital em funcionamento. Ele também, instalou a sua sala no piso térreo, estando assim, próximo e acessível aos internos. Juliano Moreira implantou pavilhões laborais, visando tanto como forma de tratamento, quanto para uma possível reinserção dos internos na vida social. (Santos, 2021).

Edna Muniz – In Memória – em 1988 ingressa na Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo como Assistente Social na região Norte. Em 1991 auxilia na fundação do Grupo Soweto (movimento social). Em 1995 concluiu a graduação em Psicologia, mesma época que inicia suas atividades no Centro de Estudos da Relações de Trabalho e Desigualdades (CEERT). Na década de 90 e em 2005 trabalhou no Centro de Formação (CEFOP), hoje denominada Escola Municipal da Saúde. Entre 2005 e 2006 atuou na Área Técnica da Saúde da População Negra para na organização da 2ª Conferência Municipal de Saúde da População Negra. Em 2007 foi referendada pela coordenadora da Coordenação Regional da Saúde do Trabalhador (CRST) Norte por ser referência na

<sup>5</sup> Texto na íntegra da Palestra Magna proferido na Abertura da 4ª Conferência de Saúde Mental

<sup>6</sup> O conteúdo desse texto/fala compõe a tese de doutoramento (em curso) do autor.

<sup>7</sup> Emiliano de Camargo David foi trabalhador da Rede de Atenção Psicossocial do município de São Paulo por mais de uma década, atualmente desenvolve pesquisas e oferece supervisão no campo psicossocial. É psicanalista, psicólogo, mestre e doutorando em Psicologia Social (PUC-SP). Professor do Instituto SEDES Sapientiae (curso de Especialização “Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica: Clínica e Política na Transformação das Práticas”). Integrante do Instituto AMMA Psique e Negritude. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas Lógicas Institucionais e Coletivas (NUPLIC – PUC SP). Integrante do GT Racismo e Saúde da ABRASCO. Membro honorário do Departamento Formação em Psicanálise do Instituto SEDES Sapientiae.

área de Saúde Mental do Trabalhador. Neste mesmo ano, passa a trabalhar no gabinete da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Em 2012 assumiu a coordenação da Gerência de Desenvolvimento Profissional (GEDEP), aposentou-se das atividades do serviço público em 2013 e faleceu em 2018. – uma vida dedicada à saúde mental de trabalhadoras e trabalhadores. (SÃO PAULO, 2019).

## **Liberdade antimanicomial: notas sobre uma proposta de aquilombamento**

É inegável que desde o início do Movimento de Luta Antimanicomial - 1987, ocorreram importantes avanços em saúde mental, em especial nas últimas décadas (de 1990 até 2015). Destacamos que desde a realização da Conferência de Caracas (em 1990), o modelo de saúde mental que se desenvolveu no Brasil visou a transformação e reestruturação da atenção em saúde mental numa perspectiva democrática e libertária. Direção ético-política que pautou as II (1992) e III (2001) Conferência Nacional de Saúde Mental. Assim como, as portarias, leis e políticas criadas nesse bojo, às quais deram condições na esfera institucional e jurídica para o campo assistencial dirigir-se rumo à Reforma Psiquiátrica.

Segundo Passos e Pereira (2017), o processo (em curso) de desinstitucionalização, que abrangeu o fechamento de mais de 60.000 leitos em instituições psiquiátricas no território nacional, sendo substituídos por diversos serviços (intersectoriais) da Rede de Atenção Psicossocial, se deu, inclusive, pela promulgação de leis como a 10.2163, em 2001 e portarias como a 336/2002, que possibilitaram uma nova lógica de serviços e equipamentos, substitutivos de hospitais psiquiátricos, para a assistência à saúde mental no país.

Porém, alguns retrocessos invadem o campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como a inclusão das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial através da Portaria 3088 de 2011; ou mesmo, na privatização do SUS (cedendo uma gama de serviços e equipes de saúde mental para a iniciativa privada) promovendo a lógica neoliberal produtivista na saúde/saúde mental.

Nessa esteira, a minha humilde fala, reafirma a incontornável relevância do movimento de Luta Antimanicomial para a Reforma Psiquiátrica brasileira na contemporaneidade, a fim não apenas de ampliar o debate sobre relações étnico-raiais no campo da saúde mental, o que tenho feito em minhas caminhadas, mas sobretudo compreendê-lo de modo basilar para o avanço de uma sociedade que ainda vislumbra constituir-se sem manicômios.

Sabemos que Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica não são sinônimos, embora muitas vezes, são tratadas como tal.

A Reforma Psiquiátrica é uma proposição para/no sistema de saúde público e privado, que traz um ideário libertário, agenciando interferências nos âmbitos universitário, jurídico e social.

A Luta Antimanicomial, como nos lembra Pereira e Passos (2017), é acima de tudo

<sup>8</sup>Trecho retirado na íntegra do site da Prefeitura Municipal de São Paulo. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/cogep/index.php?p=281069#:~:text=Edna%20Muniz%20de%20Souza%20foi,Assistente%20Social%20na%20regi%C3%A3o%20Norte>.

<sup>9</sup>Destacam as autoras (PASSOS, PEREIRA, 2017 p.39): lei “fortemente inspirada no Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), que tramitou por doze anos no Congresso Nacional”

um movimento social e coletivo que se dedica, com inúmeras bandeiras, à desconstrução do manicômio em suas diferentes formas (subjetiva, física, prática e de saber), combatendo a perniciosa relação entre loucura, sofrimento psíquico e uso de drogas à periculosidade e doença, lógica lesiva aos direitos humanos que promove manicomialização, medicalização e encarceramento em massa.

As mesmas autoras (Pereira, Passos, 2017), asseveram que a Luta Antimanicomial se ampliou ao longo dos anos; nasceu contestando o manicômio e partiu para diversas outras questões que compõem e ultrapassam os muros manicomiais, extrapolando o que se costumou chamar por “saúde mental”, chegando (embora timidamente) nas discussões interseccionais de raça, classe e gênero; aspectos intrínsecos das/nas manicomializações sociais e subjetivas.

Segundo Benilton Bezerra Junior (2007), no Brasil a Reforma Psiquiátrica “deixou definitivamente a posição de ‘proposta alternativa’ e se consolidou como o marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial.” (p.243).

Nessa esteira, este psiquiatra e militante do nosso campo (2007) considerou que a Reforma Psiquiátrica brasileira encontra-se numa encruzilhada : “ou aprofunda seu movimento - deixando claro seu horizonte ético e seu projeto de transformação social e subjetiva -, ou corre o risco de deixar-se atrair pela força quase irresistível da burocracia e da institucionalização conservadora” (p.250). Mestrado em Psicologia Social concluído em 2018 e Doutorado em curso.

A minha fala compreende que a Reforma Psiquiátrica, ao se afastar dos movimentos de Luta Antimanicomial acaba tomando direção da arriscada segunda opção: burocratizar-se e, se institucionalizar conservadoramente. Direção que faz vítima principalmente as populações negras, pobres, mulheres e LGBTQTS.

Sabemos que o próprio movimento de Luta Antimanicomial, embora mais próximo, também não tem familiaridade com a temática das relações étnico-raciais e de gênero, sendo assim, necessita de ampliar e aprofundar o debate racial interseccionado à classe e gênero. Questões primordiais para dar continuidade ao projeto de transformação social e subjetiva presumido pela a Reforma Psiquiátrica. O que só se dará na “inseparável construção com outros movimentos sociais” como afirma as professoras Rachel Gouveia Passos e Melissa de Oliveira Pereira (2017).

Como a Reforma Psiquiátrica brasileira poderá fazer esse mergulho, resgatando a radicalidade do seu projeto de transformação libertária nas subjetividades e da sociedade? Entendemos que passa pela revisão das suas bases, nas suas dimensões centrais.

De acordo com Amarante (1998) e Yasui (2006), existem quatro dimensões centrais da Reforma Psiquiátrica. Segundo Nicacio (2011), a primeira dessas dimensões é a jurídico-política, cuja finalidade é “ênfatisar o quanto a transformação do lugar social do louco

<sup>10</sup>“Por uma sociedade sem manicômios” é o lema do Movimento de Luta Antimanicomial estabelecido no Brasil em 1987, durante o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (Bauru/SP), fruto da indignação de familiares, trabalhadores(as), estudantes, militantes, pesquisadores(as) e pessoas manicomializadas ao longo da vida, nas instituições asilares/psiquiátricas que desde 1841 (data do primeiro ‘abrigo’ psiquiátrico na cidade do Rio de Janeiro) foram se multiplicando por décadas.

(...) é fruto de tensões e conflitos que envolvem diversos atores na relação entre Estado e Sociedade” (p.612); a segunda, epistemológica, “ressalta que a reforma psiquiátrica implica uma ruptura com o olhar psiquiátrico no contexto mais amplo de uma crise do paradigma da racionalidade científica” (p.612); a terceira dimensão é a técnico-assistencial, “na qual se propõe uma nova práxis, uma nova organização dos serviços” (p.613); a sociocultural é a última dimensão, “que concerne à percepção social do louco, às representações construídas socialmente em torno da loucura. A transformação do imaginário social ligado à loucura” (p.613).

Em meus estudos , compreendo que a contemporânea Reforma Psiquiátrica brasileira carece da inclusão de outras duas dimensões: a primeira a ser incorporada, seria a de raça/ classe/ gênero afinal historicamente no Brasil desde o primeiro manicômio formal 1841 na cidade do Rio de Janeiro, a população alvo são as mulheres psicopatologizadas como histéricas, bruxas, feiticeiras; a população LGBT psicopatologizadas como desviadas e perversas; por fim, os ditos crioulos doidos e as ditas negras malucas consideradas perigosas, malandros e inferiores. A segunda dimensão que precisamos incorporar é a dimensão micropolítica; afinal, com a derrubada de muitas das instituições hospitalares manicomializadas (mas não todas) restam e se multiplicam os manicomializações do pensamento, das relações, dos afetos. Vivemos nos últimos três anos uma grande mostra dessa lógica, onde a agudização da lógica da vigilância, da intolerância, da matança genocida, foi ganhando e orientando o pensamento de muito de nós brasileiros(as), tomando nossas casas externas e internas, impactando nossas relações, dificultando a convivência na diferença.

Deixemos nossos ranços de lado e compreendamos que enquanto nos fixarmos manicomialmente nos pequenos debates, se o que importa é a estrutura ou a subjetividade, o conservadorismo fascista estará erguendo manicômios coloniais em nossas mentes.

Como disse o Mano Brown é hora de voltar para as bases! E a nossa base, é a Luta Antimanicomial que subsidia a proposição ético-política da Reforma psiquiátrica: a liberdade.

Para esse retorno é necessário descolonizar a Reforma Psiquiátrica brasileira, abrindo espaço para outros modos de saber, pensar e cuidar, considerando a singularidade de cada usuário/sujeito atendido em seus distintos territórios, respeitando os direitos humanos, atendendo ao princípio de equidade racial e de gênero e, acima de tudo, levando em conta o papel do racismo e do heterocispatriarcado na história do país, como no atual momento político-social, dando, assim, visibilidade para a saúde mental da população brasileira, não apenas às populações das cidade (das metrópoles), mas também os brasileiros das matas, das praias, as populações tradicionais, ribeirinhos e quilombolas.

E por falar em quilombolas, tomo rumo final a minha participação nesta importantíssima atividade, propondo aquilo que os movimentos negros vem exigindo do nosso campo: uma Luta AntimaniCOLONIAL.

Para que essa Luta AntiMANICOLONIAL aconteça, precisamos entender que os

<sup>11</sup>Termo utilizado pelo autor e comum aos movimentos negros brasileiros

primeiros territórios que lutaram por liberdade nesse país, acolhendo a todos(as/es), crianças, prostitutas, indígenas, brancos, usuários de drogas, desempregadas(os/es), todos(as/es) os considerados anormais, foram os quilombos (DAVID, 2018).

A radicalização da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial brasileira, exige descolonização do pensamento e luta por liberdade. E nesses primeiros territórios antimaniCOLONIAIS os quilombos, a revolta, a insurgência, a rebeldia foi ferramenta libertaria (DAVID, 2018).

Como disse Lancetti “Não se inicia a destruição do manicômio se não se violentam os manicômios mentais profissionais e ideológicos”, porém, o mesmo Lancetti alertou: “Não nos iludimos, acreditando que estamos realizando uma revolução e nem estamos anunciando o último grito da moda psi. Trata-se de uma discreta reforma psiquiátrica e, no entanto, para que ela aconteça precisa-se de uma ferrenha vontade política e de uma utopia ativa que é a matéria-prima de um método inventivo”.

Que a utopia de aquilombamento da IV Conferência de Saúde Mental do Município de São Paulo, recheie a todos nós numa vontade política libertária!  
Boa atividade companheiras(os) AntimaniCOLONIAIS.

São Paulo, 19 de março de 2022

### **Referencial bibliográfico:**

AMARANTE, Paulo (coord.). Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BEZERRA JR, Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(2):243-250, 2007.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: < <http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>

DAVID. Emiliano, de Camargo; VICENTIN. Maria Cristina Gonçalves. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde debate* Rio de Janeiro, v. 44, n. Especial 3, p. 264-277, outubro 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pD3P9BXwjVWns4VKfL6jr4s/?format=pdf&lang=pt>

NICACIO, Erimaldo. (Resenhas Book Reviews) Rupturas e encontros: desafios da Reforma

<sup>12</sup> Mestrado em Psicologia Social concluído em 2018 e Doutorado em curso

Psiquiátrica brasileira. Yasui, Silvio. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p. 192, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01)>. Acesso em: 19 jul. 2018.

PEREIRA, Melissa de Oliveira ; PASSOS, Rachel Gouveia. Apresentação. In: PEREIRA, Melissa de Oliveira ; PASSOS, Rachel Gouveia. Luta antimanicomial e feminismo: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

SANTOS, Ynaê Lopes dos. Crítica à degenerescência racial e reforma psiquiátrica de Juliano Moreira. In: DAVID, Emiliano de Camargo. [Et al.]. O pioneirismo negro: racismo, subjetividade e saúde mental. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: grupo de Pesquisa Egbé, Projeto Canela Preta, 2021.

SÃO PAULO (Município). Sobre Edna Muniz de Souza. 2019. Disponível em: < <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/cogep/index.php?p=281069#:~:text=Edna%20Muniz%20de%20Souza%20foi,Assistente%20Social%20na%20regi%C3%A3o%20Norte.>>

YASUI, Silvio. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/.pdf>>. Acesso em: 14 de jul. 2018.

## **5 - PALESTRA DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE MENTAL**

Relatório Técnico: Ações, diretrizes e planejamento para o cuidado em saúde mental na cidade de São Paulo

Wagner H. L e Laguna

Acesso à apresentação pelo link:

[https://drive.google.com/file/d/1PaxDCViu\\_9Q9QE3nhE3IXO\\_UkOprvrBi/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1PaxDCViu_9Q9QE3nhE3IXO_UkOprvrBi/view?usp=sharing)

## **6. DIRETRIZES APROVADAS POR EIXO PARA AS ETAPAS: MUNICIPAL, ESTADUAL E FEDERAL**

### **EIXO 1**

### **CUIDADO EM LIBERDADE COMO GARANTIA DE DIREITO À CIDADANIA**

#### **DIRETRIZES DA ETAPA MUNICIPAL**

1- Garantir a ampliação dos CECCOS como serviços intersetoriais entre saúde, cultura, esporte, educação, meio ambiente e trabalho em todas supervisões técnicas de saúde, pela administração direta, com contratação via concurso público, de equipe multidisciplinar, pela SMS e oficinheiros contratados por SMC. Promover e fomentar incubação de economia solidária, projetos de formação, ações de convivência, incentivo a grupos mútuos de apoio e cooperativismo, com desdobramento para os pontos de cultura e economia solidária no

território, garantindo também a autonomia e inserção no mercado de trabalho.

2- Garantir equipe multidisciplinar de saúde mental nas UBS's, através do retorno dos NASF's, como forma de consolidar as ações de prevenção e promoção de saúde mental.

3- Fortalecer e ampliar a Rede de Atenção Psicossocial comunitária (RAPS) da portaria 3088/2011 em todos os seus pontos de atenção. Transformando todos os CAPS II em III no município de São Paulo. Garantindo e ampliando equipes de estratégia de saúde da família na Atenção Básica, serviços e dispositivos que visem a garantia de direitos: CAPS, UAA, SRT, UAI, CECCO, APD, CER e CNR, hotel social, POT, locação social, SAE, farmácias vivas, CPN, bem como o fortalecimento das ações intersetoriais (saúde, educação, trabalho e renda, assistência social, poder judiciário, habitação, segurança pública, transporte, cultura, lazer) Incluindo estratégias de redução de danos e uso de cannabis medicinal dentro da política do SUS.

4- Ampliar e fortalecer a atenção de urgência e emergência na RAPS fortalecendo os CAPS III e retomando o projeto SAMU saúde mental, para garantir a integralidade da assistência.

#### **DIRETRIZ APROVADA PARA A ETAPA ESTADUAL**

1- Fortalecer a RAPS, conforme preconizado na portaria 3088/2011 garantindo fechamento de todos os leitos de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia e comunidades terapêuticas concomitante à ampliação dos SRTs com qualificação dos processos de desinstitucionalização, bem como a abertura de leitos em hospital geral e de serviços a partir da política de redução de danos e princípios da reforma psiquiátrica brasileira, fortalecendo, ampliando e implantando serviços e dispositivos antimanicomiais que visem a garantia de direitos através do fortalecimento de ações intersetoriais e intersecretariais (saúde, educação, assistência social, trabalho, segurança pública, cultura, esporte, judiciário etc) para toda a população, sob a lógica dos direitos humanos.

#### **DIRETRIZ APROVADA PARA A ETAPA FEDERAL**

1- Ampliar e fortalecer as políticas públicas para o cuidado em liberdade, garantindo às pessoas com transtorno mental a convivência familiar e comunitária, a fim de efetivar os princípios da reforma psiquiátrica brasileira e a política antimanicomial. Garantir a política de RD como norteadora das práticas de cuidado com crianças, adolescentes, adultos e idosos nas ações individuais e coletivas considerando seu contexto socioeconômico e cultural em todos os níveis de atenção. Descriminalizar os usuários de substâncias psicoativas e vetar o financiamento público para as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos. Ampliar e garantir a educação permanente e capacitação profissional contínua. Garantir profissionais de redução de danos nos contratos de trabalho dos serviços implantados.

## **EIXO 2 GESTÃO, FINANCIAMENTO, FORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GARANTIA DE SERVIÇOS, DE SAÚDE MENTAL DIRETRIZES MUNICIPAIS**

1- Ampliar percentual de repasse de verbas tripartite com contribuição estadual e atualização de valores federais para manutenção, ampliação e aperfeiçoamento de serviços antimanicomiais territoriais e abertos na RAPS – Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011 - (CAPS IJ, Adulto, Ad, nas três modalidades: SRTs, UAs, leitos de saúde mental em hospital geral incluindo Ad) e na RAS. Investimento na Atenção Básica com equipes de saúde mental nas UBSs e fortalecimento dos CECCOS intersetorialmente com contratação de oficinheiros e educadores físicos e inclusão dos CECCOS num CNES próprio; bem como garantir educação permanente de todos os profissionais da rede de cuidados com dotação orçamentária própria para recursos materiais, humanos, investindo em servidores municipais a partir de concurso público, assegurando estabilidade, garantia de produção de vínculo longitudinal, evitando a precarização trabalhista e rotatividade trazidos pela ampla terceirização dos serviços de saúde. Destaca-se a proibição de transferência de qualquer tipo de recursos e/ou estabelecimentos de vínculos institucionais à qualquer forma de cuidado no modelo asilar que visa exclusão e segregação, tais como comunidades terapêuticas e similares.

2- Garantir o fortalecimento da participação e controle social dos conselhos de todos os serviços da STS; instituir comissão permanente de saúde mental em cada conselho gestor da supervisão, bem como garantir a formação sobre saúde mental e luta antimanicomial na educação permanente dos conselhos de unidades, tendo como metodologia de ensino/aprendizagem a Educação Popular em Saúde, que respeita os diferentes saberes, a cultura popular, de forma ativa e participativa.

3- Garantir o financiamento, nas 3 esferas de governo para ampliação e qualificação das equipes multiprofissionais de saúde mental via concurso público e incluir o profissional de educação física, oficinheiros e artesãos em todos os níveis de atenção da RAPS (exceto as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos) e outros serviços que estejam interligados no atendimento à saúde mental (CECCO, CnRUA) e em todas as supervisões técnicas de saúde, de acordo com as demandas populacionais dos diversos grupos de vulnerabilidade, ampliando o atendimento para os finais de semana. Efetivar a formulação do PTS. Infra-estrutura dos dispositivos, garantindo acessibilidade e ambiente profissional adequado.

Garantir e ampliar o financiamento dos serviços de residências terapêuticas e UAA/UAIJ. E implantar Housing First (Moradia Primeiro).

Garantir os recursos financeiros para o abastecimento contínuo de medicamentos para o tratamento em saúde mental e continuidade do cuidado em todas as unidades da RAPS, atenção básica (com a exceção das comunidades terapêuticas). Efetivar a regulamentação dos CECCOs, conforme a portaria 964 de 27/10/2018 em todas as supervisões

técnicas de saúde além de incluí-los no CNES/CMES.

Garantir a implementação de CAPS em todas as modalidades conforme as portarias 3088/11 e portaria 336/02.

Garantir a acessibilidade aos tratamentos mediante a concessão de benefícios de transporte aos usuários e acompanhantes, implementando fórum entre Saúde/ Assistência Social/Transporte para revisão dos parâmetros de concessão do bilhete único especial para além da definição do diagnóstico CID e considerar a possibilidade de avaliação pela CIF (classificação Internacional de Funcionalidade).

Ampliar e garantir a oferta de educação continuada e permanente em saúde mental para os trabalhadores em todos os níveis de atenção da RAPS (com exceção de comunidades terapêuticas e leitos psiquiátricos) e outros serviços que estejam interligados no atendimento à saúde mental, conselhos de saúde e controle social.

4- Garantir recursos para a implantação e continuidade das supervisões clínico-institucional. Incentivar os estágios e as residências multiprofissionais, respeitando o tripé ensino, pesquisa e extensão em serviços com base territorial e comunitários.

#### **DIRETRIZ ESTADUAL**

Garantir o fortalecimento da participação, controle social e fiscalização, legitimando o caráter deliberativo dos conselhos das três esferas, inclusive, obrigando a existência de conselhos gestores nos serviços de saúde mental estaduais ou que recebam financiamento público de forma semelhante à lei municipal 13.325 e ampliar o envolvimento de associações, movimentos e fóruns dos territórios.

#### **DIRETRIZ NACIONAL**

Revogar a Emenda Constitucional 95; que o Conselho Nacional, Conselho Estadual e Conselho Municipal de saúde articulem e ajam pela revogação da EC 95.

### **EIXO 3 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OS PRINCÍPIOS DO SUS: UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE DIRETRIZES MUNICIPAIS**

1- Fortalecer e garantir a política de redução de danos (portaria/MS 1028 de 2005) no cuidado do campo AD, com cobertura 100% em território municipal do consultório na rua. Implementação de ações voltadas à população em situação de rua (inclusive infante juvenil), garantindo fomento e distribuição de insumos, com fortalecimento da rede intersetorial, considerando a importância dos eixos moradia, alimentação, trabalho, transporte, cultura, justiça, educação, infraestrutura, assistência social, esporte e lazer.

2- Retomada da participação popular através de fóruns/observatórios/ encontros de saúde mental dos trabalhadores, usuários e familiares, garantindo a liberação dos trabalhadores para participação desses espaços. Fortalecendo as reuniões territoriais, ações de rede, Grupos de Trabalho e Fóruns de Saúde, pautando a política de redução de danos, saúde da população LGBTQIA+, saúde da população negra, saúde da mulher, saúde da população em situação de rua, saúde integral da pessoa com deficiência, patologias, síndromes e doenças raras, indígenas, imigrantes e refugiados.

3- Ampliação da atenção de saúde mental nas UBS, contratação através de concurso público, garantindo o acesso especializado a todos os públicos. Consultório na Rua e equipe multiprofissional completa (incluindo musicoterapeutas e psicopedagogos) contemplando a portaria nº3588/21/12 de 2017, garantindo as articulações Inter setoriais em todos os territórios.

4- Aumento dos números de equipamentos de saúde mental territorialmente com fortalecimento e qualificação profissional de dispositivos e estratégias de cuidado a crise, como CAPS III, APS e Rede de Urgência e Emergência, incluindo contratação de psiquiatras nas UPAS.

## **DIRETRIZ ESTADUAL ACOLHER DE FORMA INTEGRAL E COM EQUIDADE PACIENTES COM DOENÇA RARAS E OUTRAS PATOLOGIA S, NA ASSISTÊNCIA MEDICAMENTOSA.**

### **DIRETRIZ NACIONAL**

Ampliar e garantir a continuidade da educação com acessibilidade em serviços da RAPS, visando as práticas de território como garantia ao cuidado do sofrimento mental e psicossocial na integralidade e intersetorialidade, em todos os territórios com oficinas como espaços de valorização, saberes e relações promovendo à educação popular em saúde (com enfoque na racialidade, credo, questões de gênero junto aos movimentos negros, indígenas e LGBTQIA+)

## **EIXO 4 IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO E OS DESAFIOS PARA O CUIDADO PSICOSSOCIAL DURANTE E PÓS-PANDEMIA DIRETRIZES MUNICIPAIS**

1 - Fortalecer através de políticas públicas, os grupos de Economia Solidária nos serviços de saúde mental, uma vez que os mesmos favorecem a geração de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais, decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas, bem como a ampliação de serviços que visam a reinserção no mercado de trabalho através da Secretaria do Trabalho. (STS - Campo Limpo).

2 - Promover e criar uma política que possibilite a articulação intersetorial: direitos

humanos, o objetivo da geração de renda e transversalidade visando a inclusão e fortalecimento em ações, inclusive emergencial, que ampliem o cuidado em saúde mental e minimizem os efeitos de prejuízos de um modo geral, causados com a pandemia do COVID-19. (STS - Santo Amaro/Cidade Ademar).

3 - Aprimorar as condições dos equipamentos e das tecnologias de informação e comunicação virtual nos serviços e aos profissionais de saúde mental do território de cada STS e assegurar sua continuidade. (rede móvel, melhora do sinal de internet, escola digital e internet pública).

4 - Investir na ampliação do quadro de funcionários e equipes multiprofissionais de saúde mental, inclusive volante, de modo que todos os serviços tenham garantia de espaços de acolhimento e equipes de referência na RAPS destacando as necessidades dos grupos mais vulneráveis considerando a pandemia, com aumento da carga horária para articulações inter e intrasetorial e garantia de transporte para circulação no território.

## **DIRETRIZ ESTADUAL**

Dado o impacto desigual da pandemia em populações em situação de vulnerabilidade como crianças, adolescentes, idosos, mulheres, negros, pessoas em sofrimento psíquico grave, pessoas com uso abusivo de substâncias, pessoas com deficiência, populações tradicionais, pessoas em situação de encarceramentos, pessoas em situação de rua, população LGBTQIA+, subempregados, desempregados e endividados; faz-se necessário expandir rede intersetorial que ofereça cuidado para os determinantes sociais de saúde, incluindo mas não, restringindo-se a moradia (temporária e permanente), alimentação, higiene pessoal, saneamento básico, transporte, cultura, lazer, trabalho e renda através de aparelhos como centros de convivência, centro de defesa da mulher, abrigos sigilosos, centros de referência da diversidade, centro de cidadania; assim como, o estabelecimento de fóruns permanentes para matriciamento, condução conjunta de casos e educação continuada entre os serviços de saúde, educação, assistência social e judiciário. Garantia da criação de políticas públicas e articulações necessárias, através da criação de uma agenda de encontros periódicos entre secretarias com ênfase especial para ampliação do acesso a geração de renda para os usuários e familiares, através de pontos de economia solidária, e de programas de inserção de PCD ou pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho. Visando a inclusão e fortalecimento em ações, inclusive emergenciais, que ampliem o cuidado em saúde mental.

## **DIRETRIZ NACIONAL**

Ampliar a oferta de assistência em saúde mental (atenção básica e especializada) em especial em regiões de alta vulnerabilidade social através da expansão da rede: Estratégia de Saúde da Família, equipes multiprofissionais na atenção básica, número de CAPS com aumento de equipes, equipes de consultório na rua, leitos em CAPS III (especialmente CAPS IJ), APD, PAI, CECCOs, Programa Saúde na Escola, equipes de acompanhamento terapêutico

nas escolas e nos serviços de saúde mental, estruturas de teleatendimento, retorno dos leitos de saúde mental em Hospital Geral, cedidos ao combate à pandemia e ampliação dessas vagas; com enfoque na busca ativa de indivíduos em risco para sofrimento mental e na garantia de acesso aos serviços com oferta de transporte, Psicoeducação e inclusão digital. (STS - Lapa/Pinheiros).

## **7. DIRETRIZES POR EIXO QUE RECEBERAM MAIS DE 70% DOS VOTOS**

Obs. Todos os grupos fizeram junção das diretrizes conforme os temas semelhantes e foram para votação. Apresentamos as diretrizes aprovadas com mais de 70% dos votos por eixo conforme registrado pelos grupos:

## EIXO 1 – DIRETRIZES APROVADAS COM MAIS 70% DE VOTOS

1	Garantia das condições materiais de acesso e permanência dos usuários nos serviços de saúde mental com a implantação de programas de transferência de renda, emprego apoiado, moradia e garantir o acesso das pessoas em acompanhamento nos serviços da RAPS com acompanhante quando necessário, através do transporte público gratuito, atrelado a política e ampliar estratégias de acolhimento e cuidado com políticas de acesso humanizados.
2	Garantir a implementação completa da RAPS conforme a portaria 3088/2011, para suporte adequado de usuários e familiares, assegurando o cuidado em liberdade e valorizando a atenção para além dos espaços fixos, com equipes de consultório na rua.
3	Fortalecimento e cumprimento da RAPS (rede de atenção psicossocial) com a ampliação dos serviços e equipes para que ela seja efetivada em toda a sua totalidade, considerando e contemplando a realidade de cada território. Além disso, incluir novos serviços como CECCO e outras iniciativas de geração de renda e inclusão no trabalho, equipe do SAMU especializada em assistência de saúde mental e garantia dos NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família)
4	Ampliação do CER, APD, CECCO equipe de SM na atenção básica, CAPS, SRT, RUE, UA e UA IJ, CNR
5	Garantir a ampliação de serviços públicos e a contratação de multi profissionais (psicólogos, terapeutas ocupacionais, agentes redutores de danos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, educadores físicos, farmacêuticos, oficineiros, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, psiquiatras e cuidadores) visando o cuidado psicossocial em base comunitária na rede intersetorial. Implantação de APD, CECCO, Consultório na Rua, CAPS III em todo município, Unidade de Acolhimento Adulto e Infantil e Centro de Acolhimento. Sustentar e garantir o fornecimento de medicamentos aos usuários de saúde mental na rede de serviços do SUS, segundo a política de assistência farmacêutica.
6	Reformular processos de trabalho, de maneira consonante aos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica, pensando em novas maneiras de cobrança nos contratos de gestão que não apenas metas quantitativas e lógica privatista.
7	Ampliação das SRTs com qualificação dos Processos de Desinstitucionalização.
8	Garantir a desinstitucionalização de usuários internados por meio de estratégias que garantem o cuidado integral em liberdade.
9	Garantir a atenção integral na saúde mental, através da educação permanente, com aprimoramento dos profissionais da saúde sobre o envelhecimento da população.
10	Ampliar, qualificar e fortalecer o cuidado em saúde mental da infância e adolescência nos diferentes níveis de complexidade do SUS - atenção básica, média e alta complexidade, com destaque para o acompanhamento de crianças e adolescentes com variabilidade de gênero, seus familiares e comunidade, como forma de cuidado integral, prevenção de violência, tentativas de suicídio e agravos na saúde mental, inclusive com o fortalecimento dos fóruns intersetoriais.
11	Garantir, fortalecer e ampliar estratégias diversificadas de inclusão, prevenção, proteção e garantias de direitos para crianças e adolescentes com transtornos mentais ou sofrimento psíquico em qualquer espaço social.
12	Assegurar a continuidade do cuidado comunitário em saúde a crianças, adolescentes e adultos que estão em cumprimento de medida judicial em meio aberto ou fechado a partir da articulação de espaços intersecretariais (Saúde, Educação, Segurança, e Poder Judiciário).

13	Garantir o fechamento de todos os leitos de Hospitais Psiquiátricos, Hospitais de Custódia e as comunidades terapêuticas, concomitantemente a abertura de leitos nos Hospitais Gerais, fortalecendo, ampliando e implantando serviços, ESF, CAPS, UAA, SRT, UAI, hotel social CECCO, APD, CER, consultório na rua, SRT, NAISPD, POT, SAE, farmácias vivas, uso de cannabis medicinal, centros de práticas naturais e reclassificação CAPS II e III de todo território do município de acordo com o censo populacional.
14	Fortalecer familiares e a RAPS para evitar a institucionalização de pacientes e reavaliar os critérios de inserção em Serviços de Residência Terapêutica e incluir em discussão com a Secretaria Municipal da Saúde a indicação de pacientes atendidos também pela rede territorial.
15	Revogação da LEI Nº 13.840/2019, da Resolução Nº 3 - 24 De Julho de 2020, Portaria Nº 69 de 14 de Maio de 2020 da Portaria Conjunta Nº4 - de 22 de Outubro de 2020, assim como a Extinção dos Hospitais Psiquiátricos e comunidades terapêuticas da raps, pois não garantem o direito à cidadania e o cuidado em liberdade para as pessoas em situação de rua, crianças e adolescente que fazem uso de álcool e outras drogas e pessoas em sofrimento psíquico.
16	Implantar CAPS III Adulto
17	Implantação de CECCO , Implantação de UAAs UAI e Consultório de rua nas comunidades.
18	Organização e Consolidação da Rede de Atenção Psicossocial: Estruturação, implantação e ampliação da rede de serviços substitutivos em Saúde Mental em todo o município de São Paulo: CAPS IJ III, CAPS Adulto III e CAPS AD III, Equipe de Saúde Mental em todas as Unidades Básicas de Saúde (psicólogo, educador físico, terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo e psiquiatra), Centros de Convivência e Cooperativa, Serviço Residencial Terapêutico, PVC, Unidades de Acolhimento Transitório, Serviços de Emergência Psiquiátrica, Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e Equipes de Consultório na Rua.
19	Garantia de implementação de CAPS Adulto, AD e IJ, conforme a Portaria 336 de 2002, e também de serviços residenciais terapêuticos e transitórios, priorizando territórios e regiões de vulnerabilidade para garantia de acesso ao cuidado integral.
20	Implantação de UAA (Unidade de Acolhimento Adulto), CAPS III Adulto e infantojuvenil em todas as subprefeituras.
21	Ampliação da divulgação e sensibilização das questões de saúde mental, para aumentar o conhecimento das pessoas nos espaços de serviços de saúde e demais setores da sociedade (assistência, cultura, educação, justiça e outros).
22	Temos como diretriz do cuidado em liberdade a ampliação, o fortalecimento e implementação de serviços que garantam e corroborem para o enfrentamento das mazelas sociais. Acreditamos que a ampliação e retorno da política dos NASFS, bem como, a relação intersetorial entre a saúde e as outras secretarias (Saúde, Educação, Assistência Social, Trabalho e Desenvolvimento Social, Segurança Pública, judiciário, transporte, cultura, Esporte etc.). Ampliando, fortalecendo e mantendo os serviços de: ESF (Atenção Básica), NASF, CCAs, CJs, CIEE, CAT, Centros LGBTQIA+, CCM, UAAs, serviços de proteção à violências, bem como a implementação de CECCOs e UAIs e CTAs (Centro Temporário de Acolhimento) Feminino, que possibilite a reabilitação psicossocial.
23	Aprimorar o trabalho do NPV (Núcleo de Prevenção de Violência) em âmbito intersecretarial (saúde, segurança pública, educação, cultura, lazer, assistência social e direitos humanos), para a promoção do cuidado humanitário em liberdade.

24	Criar Políticas Públicas que promovam a integração entre os setores da saúde, assistência social, trabalho e renda, educação, segurança, habitação, transporte, cultura e lazer.
25	Criação de comitês regionais intersetoriais (secretarias de assistência social, saúde, cultura, esporte, lazer, trabalho, habitação, segurança e transporte) para construção de planos/ações visando o fortalecimento do cuidado em liberdade territorial.
26	Favorecer ações intersetoriais que produzam o cuidado em saúde ampliado, envolvendo usuário, família, comunidade, equipamentos de diversos setores e trabalhadores com saberes distintos e alinhados com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que possam contemplar questões como: acesso a direitos, produção de saúde, protagonismo e contratualidade, convivência, acolhimento, acesso à arte e cultura, esporte, lazer, justiça, educação, assistência social, moradia e trabalho, com acesso a uma cidade mais justa e sustentável.
27	Garantir a articulação do sistema sociojurídico (Ministério Público, Tribunal de Justiça, Defensoria Pública, Conselho Tutelar) com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no que se refere às interdições judiciais e internações compulsórias, bem como fortalecer a seguridade social (saúde, assistência social, previdência social), aproximando a política de educação, trabalho e renda, de modo a possibilitar uma construção alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), e assim garantir os direitos fundamentais e sociais.
28	Garantir o acesso de pessoas em sofrimento mental a direitos e benefícios sociais com políticas públicas vinculadas à assistência social para que possam exercer plena cidadania com garantia de moradia, alimentação, trabalho, livre circulação e convivência em seu território em condições dignas de vida levando em conta o princípio da equidade.
29	Garantir investimento em cursos de orientação familiar sobre saúde mental e desenvolvimento infantojuvenil.
30	Criar e implantar novos dispositivos de moradia, bem como fortalecer os já existentes, para a população vulnerável em saúde mental a partir da articulação intersetorial (egressos de hospitais de custódia, egressos de hospitais psiquiátricos, população de situação de rua, população usuários de substâncias psicoativas, entre outros)
31	Fortalecer e expandir as PICS - Práticas Integrativas e Complementares de Saúde em todos os equipamentos de saúde municipais e em todas as linhas de cuidado, ou seja, na RAS, RAPS, como um dos dispositivos para a diminuição do excesso de medicalização de pessoas com sofrimento psíquico e ou sofrimento psicossocial.
32	Garantia do direito à saúde por meio de políticas públicas, para assegurar a integridade física e mental das pessoas com deficiência, conforme a LEI 13.146/2015.
33	Garantia da Política de Redução de Danos como norteadora das práticas de cuidado com crianças, adolescentes e adultos, nas ações individuais e coletivas, considerando seus contextos sócio econômico cultural, em todos os níveis de atenção. Descriminalizar os usuários de substâncias psicoativas e vetar o conveniamento com comunidades terapêuticas. Ampliar a educação permanente e capacitação profissional contínua. Garantir profissionais de redução de danos nos contratos de trabalho dos serviços implantados com carga horária condizente com o diagnóstico territorial e recursos para insumos.

## EIXO 2A – DIRETRIZES APROVADAS COM MAIS DE 70% DE VOTOS

1	Garantir o financiamento, nas 3 esferas de governo a) para ampliação e qualificação das equipes multiprofissionais de saúde mental via concurso público e incluir os profissionais educadores físicos, oficinairos e artesãos em todos os níveis de atenção da RAPS (exceto as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos) e outros serviços que estejam interligados no atendimento à saúde mental (CECCO, CnRUA) e em todas as supervisões técnicas de saúde, de acordo com as demandas populacionais dos diversos grupos de vulnerabilidade. Ampliando o atendimento para os finais de semana. Efetivar a formulação do PTS. b) infra-estrutura dos dispositivos, garantindo acessibilidade e ambiente profissional adequado.
2	Garantir e ampliar o financiamento dos serviços de residências terapêuticas e UAA/UAIJ. Implantar Housing First (Moradia Primeiro).
3	Garantir os recursos financeiros para o abastecimento contínuo de medicamentos para o tratamento em saúde mental e continuidade do cuidado em todas as unidades da RAPS, atenção básica (com a exceção das comunidades terapêuticas).
4	Efetivar a regulamentação dos CECCOs, conforme a portaria 964 de 27/10/2018 em todas as supervisões técnicas de saúde além de incluí-los no CNES / CMES.
5	Garantir a implementação de CAPS em todas as modalidades conforme as portarias 3088/11 e portaria 336/02.
6	Garantir a acessibilidade aos tratamentos mediante a concessão de benefícios de transporte aos usuários e acompanhantes, implementando fórum entre Saúde/Assistência Social/Transporte para revisão dos parâmetros de concessão do bilhete único especial para além da definição do diagnóstico CID e considerar a possibilidade de avaliação pela CIF (classificação Internacional de Funcionalidade).
7	Ampliar e garantir a oferta de educação continuada e permanente em saúde mental para os trabalhadores em todos os níveis de atenção da RAPS (com exceção de comunidades terapêuticas e leitos psiquiátricos) e outros serviços que estejam interligados no atendimento à saúde mental, conselhos de saúde e controle social.
8	Garantir recursos para a implantação e continuidade das supervisões clínico-institucional.
9	Incentivar os estágios e as residências multiprofissionais, respeitando o tripé ensino, pesquisa e extensão universitária em serviços com base territorial e comunitária.
10	Criar legislação municipal e/ou Estadual e/ou Federal, que determine e regule a destinação de parte da verba orçamentária arrecadada com impostos advindos da fabricação e comércio de bebidas alcoólicas, cigarros e medicamentos psicotrópicos para a manutenção, ampliação e aperfeiçoamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e CECCO inclusive quanto à Educação Permanente dos profissionais envolvidos com o tema, garantindo com a dotação orçamentária própria, materiais, recursos terapêuticos, recursos humanos adequados, suficientes e qualificados, investindo em servidores municipais a partir de Concursos Públicos; com planos de carreira, cargos e salários para assegurar estabilidade com locais de trabalho, que é aspecto fundamental para a produção de vínculos e para extirpar a crescente precarização trabalhista trazida pela privatização dos serviços de saúde. Destaca-se restrição de transferência de recursos a qualquer forma de cuidado do modelo asilar, que visa a exclusão e segregação, tais como, comunidades terapêuticas e similares.
11	Ampliar e garantir o financiamento público tripartite dos serviços antimanicomiais, territoriais e abertos conforme a Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. E Decreto Presidencial nº 7508 de 28 de junho de 2011.
12	Assegurar a transparência do orçamento de saúde mental para a manutenção da RAPS.

13	Garantir a acessibilidade aos tratamentos mediante a concessão de benefícios de transporte aos usuários e acompanhantes, implementando fórum entre Saúde/Assistência Social/Transporte para revisão dos parâmetros de concessão do bilhete único especial para além da definição do diagnóstico CID e considerar a possibilidade de avaliação pela CIF (classificação Internacional de Funcionalidade).
14	Garantir o fortalecimento da participação, controle social e fiscalização, legitimando o caráter deliberativo dos conselhos das três esferas, inclusive obrigando a existência de conselhos gestores nos serviços de saúde mental estaduais ou que recebam financiamento público de forma semelhante a lei municipal 13.325 e ampliar o envolvimento de associações, movimentos e fóruns dos territórios.
15	Atenção integral às pessoas com Doenças Raras, cumprir a lei 17.083/2019 que institui no âmbito do município de São Paulo o programa de apoio às pessoas com doenças raras e seus familiares de acordo com a política municipal de pessoas com doenças raras.
16	Vetar investimento público sob qualquer forma à comunidades terapêuticas, clínicas psiquiátricas, assim como qualquer estabelecimento com características de privação de liberdade, para atendimento de pacientes psiquiátricos ou dependentes de álcool e outras drogas independente da idade.

## EIXO 2B – DIRETRIZES APROVADAS COM MAIS DE 70% DE VOTOS

1	Ampliar percentual de repasse de verbas tripartite com contribuição estadual e atualização de valores federais para manutenção, ampliação e aperfeiçoamento de serviços antimanicomial territoriais e abertos na RAPS – Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011 - (CAPS IJ, Adulto, AD, nas modalidades III, SRTs, UAs, leitos de saúde mental, em hospital geral, incluindo, AD) e na RAS, investimento na Atenção Básica com equipes de saúde mental, nas UBSs e fortalecimento dos CECCOs intersetorialmente com contratação de oficinairos e educadores físicos e inclusão dos CECCOs, num CNES próprio; bem como garantir educação permanente de todos os profissionais da rede de cuidados com dotação orçamentária própria para recursos materiais, humanos, investindo em servidores municipais a partir de concurso público, assegurando estabilidade, garantia de produção de vínculo longitudinal, evitando a precarização trabalhista e rotatividade trazidos pela ampla terceirização dos serviços de saúde. Destaca-se a restrição de transferência de recurso a qualquer forma de cuidado, no modelo asilar que visa exclusão e segregação, tais como comunidades terapêuticas e similares.
2	Garantir o financiamento nas 3 esferas de governo: a) para ampliação e qualificação das equipes multiprofissionais de saúde mental, via concurso público e incluir o profissional de educação física, oficinairos e artesãos em todos os níveis de atenção da RAPS (exceto as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos) e outros serviços que estejam interligados no atendimento à saúde mental (CECCO, CnRUA) e em todas as supervisões técnicas de saúde, de acordo com as demandas populacionais dos diversos grupos de vulnerabilidade, ampliando o atendimento para os finais de semana. Efetivar a formulação do PTS. b) infraestrutura dos dispositivos, garantindo acessibilidade e ambiente profissional adequado.
3	Garantir e ampliar o financiamento dos serviços de residências terapêuticas e UAA/UAIJ e, implantar Housing First (Moradia Primeiro).
4	Garantir os recursos financeiros para o abastecimento contínuo de medicamentos para o tratamento em saúde mental e continuidade do cuidado em todas as unidades da RAPS, atenção básica (com a exceção das comunidades terapêuticas).
5	Efetivar a regulamentação dos CECCOs, conforme a portaria 964 de 27/10/2018 em todas as supervisões técnicas de saúde, além de incluí-los no CNES/CMES.
6	Garantir a implementação de CAPS, em todas as modalidades, conforme a portaria 3088/11 e portaria 336/02. Criar legislação Municipal e/ou Estadual e/ou Federal que determine e regule a destinação de parte da verba orçamentária arrecadada com impostos advindos da fabricação e comércio de bebidas alcoólicas, cigarros e medicamentos psicotrópicos para a manutenção, ampliação e aperfeiçoamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e CECCO, inclusive, quanto à Educação Permanente dos profissionais envolvidos com o tema, garantindo com a dotação orçamentária própria, materiais, recursos terapêuticos, recursos humanos adequados, suficientes e qualificados, investindo em servidores municipais a partir de Concursos Públicos; com planos de carreira, cargos e salários para assegurar estabilidade com locais de trabalho que é aspecto fundamental para a produção de vínculos e para extirpar a crescente precarização trabalhista trazida pela privatização dos serviços de saúde. Destaca-se a restrição de transferência de recursos a qualquer forma de cuidado do modelo asilar que visa a exclusão e segregação, tais como comunidades terapêuticas e similares.
7	Ampliar e garantir o financiamento público tripartite aos serviços antimanicomial, territoriais e abertos conforme a Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 e Decreto Presidencial nº 7508, de 28 de junho de 2011.
8	Assegurar a transparência do orçamento de saúde mental para a manutenção da RAPS.
9	Efetivação de concursos públicos na RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) que contemplem planos de cargos, carreiras e salários para profissionais na perspectiva de garantir estabilidade e permanência das equipes da atenção psicossocial, aspecto fundamental para produção de vínculo e acolhimento de usuários e familiares.
11	Atenção integral às Pessoas com Doenças Raras, cumprir a Lei 17.01683/2019 que institui, no âmbito do município de São Paulo, o programa de apoio às pessoas com doenças raras e seus familiares de acordo com a política municipal de pessoas com doenças raras.

12	Educação permanente e formação continuada, em saúde mental, para os trabalhadores, em geral, da atenção básica e especializada, assim como para os usuários. Aumento das vagas de cursos para trabalhadores na saúde mental, em universidades públicas.
13	Incentivar que os estágios e as residências multiprofissionais sejam realizados, em serviços com base territorial e comunitários; aumento de recursos para política de redução de danos e inclusão do tema nas grades curriculares, das instituições de ensino superior; formação dos profissionais, da área de direito e educação, sobre os direitos dos usuários, da SM.
14	Ampliar os processos de Educação Permanente através da oferta de estágios, residências e capacitações, na área de SM, para profissionais da RAPS e universitários.
15	Efetivar em seus diferentes níveis, a educação em Saúde Mental, na lógica da atenção psicossocial através de mudanças na diretriz curricular nacional, formação em educação permanente e aprimoramento para profissionais já atuantes.
16	Legitimar espaços oficiais que incentivem a educação popular/participação social; garantir investimento público para processos formativos e educação permanente para controle social, profissional e conselhos de saúde.
17	Investimento para divulgação dos CAPS, na mídia, ampliando o conhecimento da população sobre a RAPS; inclusive, em supervisão clínico institucional para as equipes; também ampliando os espaços de estágios e formação profissional junto às universidades, cursos de graduação e residência, utilizando a rede de saúde mental antimanicomial como campo de prática.
18	<b>PARTICIPAÇÃO SOCIAL - FISCALIZAÇÃO</b>
19	Ação: Criação de uma comissão de Saúde Mental e Direitos Humanos nas Supervisões Técnicas de Saúde
20	Ação: Educação Permanente fomentando ações que assegurem a participação de usuário/familiares em seus processos de cuidado a fim de gerar processos de autonomia, como Grupos de Gestão Autônoma da Medicação, ouvidores de vozes, conselho gestor etc
21	Promover a Supervisão Clínico Institucional para a Rede de Atenção Psicossocial, a partir do financiamento de educação permanente, conforme Política Nacional de Educação Permanente.
22	Exigir garantia de formação continuada para equipe multiprofissional, conselho gestor e usuários, em saúde mental.
23	Garantir o fórum intersetorial com participação dos três segmentos: usuários, familiares e trabalhadores, no município. Ampliar a oferta de educação continuada, em saúde mental, para trabalhadores dos CAPS, Atenção Básica, bem como os profissionais não técnicos, dos equipamentos de saúde, tais como: promoção de direitos, redução de danos, direitos humanos, determinantes sociais e iniquidades, PICS. Fortalecer os espaços de participação social, tais como: conselhos gestores e fóruns, bem como garantir o espaço de supervisão clínico institucional, de todas as categorias.
24	Discutir e promover mudanças curriculares junto às Instituições de ensino, na formação profissional, visando à desconstrução sobre a temática da saúde mental, promovendo a quebra de estigmas e preconceitos, para uma visão além da medicalização e institucionalização, objetivando o cuidado em liberdade.
25	Garantir recursos financeiros para a realização de processos de educação permanente para trabalhadores, gestores e usuários nos eixos conselho gestor, diversidade, território, grupos heterogêneos, convivência comunitária e territorial, potencial criativo e ativo, cidadania, direitos humanos, economia solidária, intersectorialidade, transdisciplinaridade, cultura, educação popular, meio ambiente, trabalho e esportes como setores interligados que podem, na articulação em conjunto, potencializar a inclusão social, por meio de ações realizadas in loco e externas, por meio de planejamento ascendente.
26	Fortalecimento das políticas e estratégias de formação em saúde mental, reconhecendo a atenção básica como porta de entrada, do sistema único de saúde, dada a complexidade dos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial (RAPS): Atenção Básica, inclusive, os CECCOS, Centro de Atenção Psicossocial, SRT, UAA e hospitais gerais, garantindo os processos de educação permanente e supervisão clínico-institucional em saúde mental e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), pensando em atualizar os processos de cuidado, em liberdade, para todas e todos os/as trabalhadores(as) do serviços que compõem a RAPS.

27	Ampliar e qualificar as parcerias com Instituições de Ensino Superior (IES), principalmente as universidades públicas com os serviços da RAPS, com vistas a fortalecer a formação de profissionais para o SUS e para a atenção psicossocial, criando campos de estágios, de projetos de extensão universitária e que estes últimos sejam para as comunidades mais vulnerabilizadas, com temas que intervenham interseccionalmente nas questões de raça, gênero, sexualidade, garantia de direitos e sofrimento psíquico.
28	Investir no processo de formação e os dispositivos de educação permanente em saúde, construído para e pelos/as trabalhadores/as da RAPS em sua totalidade - nível superior, nível técnico e nível médio/fundamental - e na lógica da equidade, com maior atenção às categorias que sofrem maior deslegitimação institucional, socioeconômica e cultural, na posição de trabalhadores, de saúde mental (ACS, acompanhantes terapêuticos, agentes sociais, agentes redutores de danos, profissionais de apoio, entre outros).
29	Garantir os recursos financeiros necessários para a aquisição e abastecimento de medicamentos para tratamento de saúde mental, para a efetiva continuidade do cuidado em todas as Unidades da RAPS.
30	Garantir obrigatoriedade de conselhos gestores (lei municipal 13.325), em todos os equipamentos de saúde mental municipais, estendendo-se aos serviços estaduais ou que recebam financiamento público, oferecendo formação continuada em temas de cidadania, direitos humanos e gestão democrática para conselheiros, usuários, trabalhadores e gestores em equipamento de saúde mental, com base nos dados epidemiológicos locais e respeitando as especificidades de cada serviço, dentro de uma lógica territorial.
31	Incentivo da participação popular, na gestão dos serviços de saúde, assim como na formação. Criação dos Conselhos Comunitários Regionais; fortalecer a proposta GAM, no acompanhamento dos usuários; autonomia do processo terapêutico para todos os profissionais da RAPS; fortalecimento de todos os Conselhos de Saúde.
32	Aprimorar a fiscalização e o controle social dos equipamentos de SM, a fim de fomentar a participação efetiva da população nesses espaços.
33	Retomar os projetos legitimados e deliberados pelas conferências de saúde mental, preservando e reafirmando as conquistas legais.
34	Garantir o fortalecimento da participação, controle social e fiscalização legitimando o caráter deliberativo, dos conselhos das três esferas, inclusive, obrigando a existência de conselhos gestores nos serviços de saúde mental estaduais ou que recebam financiamento público, de forma semelhante à lei municipal 13.325 e ampliar o envolvimento de associações, movimentos e fóruns dos territórios.
35	Ampliação do cuidado, na rede de Apoio em Saúde Mental (maior estrutura física); criação de dispositivos para as pessoas que não conseguem chegar aos equipamentos de saúde.
36	Implantação de Núcleo de Serviços Socioassistenciais e de Convivência, em territórios de alta vulnerabilidade e com presença de cena de uso, com garantia da segurança alimentar prevista na Lei Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN).
37	Garantir o financiamento e recursos para reclassificação de CAPS II para CAPS III, no território com a garantia de direito de equipe multidisciplinar em todo tempo de funcionamento. Independente da relação com quantitativo populacional, garantindo, ainda, o leito de referência em hospital geral, do território e a integralidade do cuidado. Implantando projetos de geração de trabalho e renda no território. Aumento de serviços de unidades de acolhimento de álcool e outras drogas incluindo ofertas de vagas para infância e juventude, bem como, transporte próprio para utilização dos serviços em benefício dos usuários.
38	Implantar, ampliar e garantir o financiamento dos serviços, da rede de atenção psicossocial - RAPS (UAA, UAIJ, SRT, Consultório na Rua, CECCO, APD, SAMU MENTAL, CER), incluindo a disponibilidades de recursos tecnológicos e serviços de wifi, nas unidades de saúde, possibilitando acesso e conectividades pelos usuários.
39	Implantação/reclassificação de CAPS II para CAPS III, de cada tipo (IJ, AD, Adulto) de acordo com a PORTARIA 336/2002.
40	Assegurar a transparência ativa/passiva do orçamento

### EIXO 3 – DIRETRIZES APROVADAS COM MAIS DE 70% DOS VOTOS

1	Ampliação da atenção de saúde mental nas UBS, contratação através de concurso público, garantindo o acesso especializado a todos os públicos. Consultório na Rua e equipe multiprofissional completa (incluindo musicoterapeutas e psicopedagogos) contemplando a portaria nº 3588/21/12 de 2017, garantindo as articulações intersetoriais em todos os territórios.
2	Ampliar e garantir a continuidade da educação com acessibilidade em serviços da RAPS, visando as práticas de território como garantia ao cuidado do sofrimento mental e psicossocial na integralidade e intersetorialidade, em todos os territórios com oficinas como espaços de valorização, saberes e relações promovendo a educação popular em saúde (com enfoque na racialidade, credo, questões de gênero junto aos movimentos negros, indígenas e LGBTQIA+)
3	Retomada da participação popular através de fóruns/observatórios/encontros de saúde mental dos trabalhadores, usuários e familiares, garantindo a liberação dos trabalhadores para participação desses espaços. Fortalecendo as reuniões territoriais, ações de rede, Grupos de Trabalho e Fóruns de Saúde, pautando a política de redução de danos, saúde da população LGBTQIA+, saúde da população negra, saúde da mulher, saúde da população em situação de rua, saúde integral da pessoa com deficiência, patologias, síndromes e doenças raras, indígenas, imigrantes e refugiados
4	Ampliar e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Ampliação e fortalecimento do CAPS III em todas modalidades (adultos, AD e IJ), para cada 200 mil habitantes. Aumentar a quantidade de equipes multiprofissionais nas UBS.
5	Fortalecimento da Rede de atenção Psicossocial na atenção básica e seus 7 eixos, com a ampliação da oferta de serviço de saúde mental, consultório na rua e redutores de danos para assistência integral à saúde, permitindo a operacionalização, acessibilidade e gestão resolutiva e compartilhada, promovendo o funcionamento adequado aos usuários do SUS em todos os territórios.
6	Ampliar, efetivar e garantir a articulação na construção da rede de atenção Psicossocial RAPS/RAS, Acolhendo a população com deficiência, de acordo com suas especificidades, segundo a Lei Brasileira 13.146/2015, provendo acolhimento, acessibilidade e atendimento multiprofissional. No município e estado de São Paulo.
7	Implantação de Fórum Intersetorial e Territorial de saúde mental permanente, com poder deliberativo, por meio de uma comissão Intersetorial instituída por Portaria, com representação intersecretarial (transporte, habitação, educação, assistência social, cultura, trabalho, esporte e justiça), garantindo espaços formais e legitimando a real inclusão dos representantes intersecretariais nas RAPS.
8	Aumento dos números de equipamentos de saúde mental territorialmente com fortalecimento e qualificação profissional de dispositivos e estratégias de cuidado à crise, como CAPS III, APS e Rede de Urgência e Emergência, incluindo contratação de psiquiatras nas UPAS.
9	Fortalecimento do Eixo Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e seus 7 eixos, com operacionalização, acessibilidade e gestão resolutiva, permitindo o funcionamento adequado e oferta de no mínimo + 10% de leitos de saúde mental em hospitais gerais e SAMU de serviços de natureza municipal, estadual e federal, e ampliação de Psiquiatra nas UPAS.
10	Fortalecer e garantir a política de redução de danos (portaria/MS 1028 de 2005) no cuidado do campo AD, com cobertura 100% em território municipal do consultório na rua; implementação de ações voltadas à população em situação de rua (inclusive infante juvenil), garantindo fomento e distribuição de insumos, com fortalecimento da rede intersetorial considerando a importância dos eixos moradia, alimentação, trabalho, transporte, cultura, justiça, educação, infraestrutura, assistência social, esporte e lazer.
11	Acolher de forma integral e com equidade pacientes com doença rara e outras patologias, na assistência medicamentosa.

## EIXO 4 – DIRETRIZES APROVADAS COM MAIS DE 70% DOS VOTOS

1	Investimento em equipes multiprofissionais volantes com aumento de rh e garantia de transporte nos equipamentos da rede como ubs, nasf, caps (adulto, ad e ij), consultório na rua, cecco para que possam circular pelo território e espaços ocupados pelos usuários em sofrimento mental e violência em decorrência do período pandêmico.
2	ampliação da equipe das ubs contemplando equipes multiprofissionais de saúde mental e investimento em educação permanente.
3	Garantir RH, equipes multiprofissionais fixas nas UBS e rede especializada bem como colocar em prática o estatuto do idoso garantindo geriatra e gerontólogos, médico Psiquiatra, Neurologista, Psicólogo, Assistente Social, Fonoaudióloga, Educador Físico, Terapeuta Ocupacional, Farmacêutico, ACS's entre outros.
4	Garantir a implantação da “Saúde Pós-Pandemia”, por meio de um programa de tratamento multidisciplinar focado na população idosa dentro de uma abordagem terapêutica.
5	Construir banco de dados com dados da pessoa com deficiência, doença rara, doenças negligenciadas e pessoas com comorbidades que foram acometidas com a covid-19
6	Garantia de capacitação dos profissionais para saúde mental.
7	Garantir aos profissionais de saúde educação permanente e supervisão clínica que qualifique e potencialize as ferramentas de cuidados, marcados nas diretrizes do SUS, da reforma psiquiátrica brasileira, da redução de danos e da defesa dos direitos das minorias tais como LGBTQI+, população preta, indígenas, pobre em situação de vulnerabilidade social etc.
8	Ampliar e garantir ações de formações e capacitações específicas diante do cenário pandêmico através de educação permanente para todos os profissionais da saúde no município que sejam contratados pela administração direta, OSS, parceiros e convênios.
9	recomposição imediata e contínua e ampliação do quadro de funcionários por meio de concurso público, garantindo o investimento na capacitação e aperfeiçoamento e educação continuada das equipes multidisciplinares de saúde com foco em saúde mental. Equiparação salarial entre as categorias profissionais tanto direta quanto indireta.
10	Assegurar equipes multidisciplinares de saúde mental em todas as UBS através de repasse de recursos financeiros federais, com condições adequadas de trabalho, de recursos humanos, materiais e Educação Permanente.
11	Ampliação da equipe multi na rede de atenção psicossocial (RAPS) em todas as unidades de atenção básica e estratégias de saúde da família.
12	Ampliação da rede raps (emergência psiquiátrica; celeridade do samu, CAPS III adulto e infante juvenil) dando prioridade em regiões de alta demanda demográfica em todo o município de são paulo garantindo a acessibilidade (transporte, mobilidade, renda) e a articulação dos diferentes serviços de saúde.
13	Ampliação da oferta do cuidado em saúde mental através do aumento de recursos humanos e fortalecimento da RAS. Garantindo, assim, a presença de equipe multiprofissional em todas as UBS; garantindo os matriciamentos entre toda a RAS e RAPS; ampliando a oferta de PICS; fortalecendo os CECCOS; criando uma linha de cuidado em saúde mental para pacientes de pós-Covid e também às pessoas vítimas de violência.

14	Priorizar questões de gênero, raça, LGBTQI+, população de rua, idosos, na criação das propostas de saúde mental e ampliação da equipe do consultório de rua, exclusivamente para território de Cidade Tiradentes.
15	Ampliar a rede de CAPS, conforme preconiza a política pública, transformando o CAPS Adulto II em III na região de Vila Prudente, o CAPS AD II em III em Sapopemba e implantar CAPS AD II ou III em Vila Prudente.
16	Aumentar os equipamentos de saúde, CER, CECCO, ambulatorios de especialidades para atendimento às pessoas sequeladas durante e pós pandemia, em todo território nacional.
17	Dado o impacto desigual da pandemia em populações em situação de vulnerabilidade como crianças, adolescentes, idosos, mulheres, negros, pessoas em sofrimento psíquico grave, pessoas com uso abusivo de substâncias, pessoas com deficiência, populações tradicionais, pessoas em situação de encarceramentos, pessoas em situação de rua, população LGBTQIA+, subempregados, desempregados e endividados; faz-se necessário expandir rede intersetorial que ofereça cuidado para os determinantes sociais de saúde, incluindo mas não se restringindo-se a moradia (temporária e permanente), alimentação, higiene pessoal, saneamento básico, transporte, cultura, lazer, trabalho e renda através de aparelhos como centros de convivência, centro de defesa da mulher, abrigos sigilosos, centros de referência da diversidade, centro de cidadania; assim como, o estabelecimento de fóruns permanentes para matriciamento, condução conjunta de casos e educação continuada entre os serviços de saúde, educação, assistência social e judiciário.
18	Efetivar as ações de saúde mental, no programa saúde na escola (PSE), considerando a elevação do número e gravidade dos casos decorrentes da pandemia de COVID-19.
19	Ampliação de políticas para as pessoas em situação de rua (moradia, emprego, alimentação e saúde).
20	Ampliação de políticas de economia solidária, emprego apoiado e inclusão no mercado de trabalho, principalmente nas áreas periféricas e rurais.
21	Garantir o direito ao transporte público e gratuito, seja vinculado, ou não a SPTrans e a todos os meios de transporte do município aos pacientes e seus acompanhantes.
22	Fortalecer através de políticas públicas, os grupos de Economia Solidária nos serviços de saúde mental, uma vez que os mesmos favorecem a geração de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais, decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas, bem como a ampliação de serviços que visam a reinserção no mercado de trabalho através da Secretaria do Trabalho.
23	Fortalecimento das políticas intersetoriais para garantia da criação de políticas públicas e articulações necessárias, através da criação de uma agenda de encontros periódicos entre secretarias (saúde, educação, esporte, lazer assistência, transporte, meio ambiente e cultura); com ênfase especial para ampliação do acesso a geração de renda para os usuários e familiares, através de pontos de economia solidária, e de programas de inserção de PCD ou pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho.
24	Ampliar a oferta de assistência em saúde mental (atenção básica e especializada) em especial em regiões de alta vulnerabilidade social através da expansão da rede: Estratégia de Saúde da Família, equipes multiprofissionais na atenção básica, número de CAPS com aumento de equipes, equipes de consultório na rua, leitos em CAPS III (especialmente CAPS IJ), APD, PAI, CECCOs, URSI, PICs (prática integrativas e complementares em saúde), Economia Solidária, Programa Saúde na Escola, equipes de acompanhamento terapêutico nas escolas e nos serviços de saúde mental, estruturas de teleatendimento, retorno dos leitos de saúde mental em Hospital Geral, cedidos ao combate à pandemia e ampliação dessas vagas; com enfoque na busca ativa de indivíduos em risco para sofrimento mental e na garantia de acesso aos serviços com oferta de transporte, Psicoeducação e inclusão digital.

25	Ampliação e intensificação ao atendimento à população em situação de rua e investimento no aumento das equipes de CnaRua no território e ampliação da política de Redução de Danos na RAPS. .
26	Garantir a promoção e prevenção da saúde e cuidados através das PIC's por meio de grupos e eventos temáticos pós-covid aos usuários através da equipe multiprofissional (UBS, CAPS e CER).
27	Criar censo de saúde mental dos trabalhadores que contemple dados sobre adoecimento, afastamento e desligamento de trabalhadores da rede, com a finalidade de promover melhores condições de trabalho (salário compatível, plano de carreira, espaço físico adequado, garantia de espaços para educação permanente, diretrizes técnicas que orientem para um trabalho de qualidade).
28	Criar espaços estabelecendo parcerias no território nacional com a rede Intersetorial (iniciativas públicas e privadas) para democratizar o acesso gratuito a recursos tecnológicos, facilitando o acesso aos serviços online de saúde (EX.: eSAÚDE, AGENDA FÁCIL, TELECONSULTA E OUTROS), benefícios sociais e outros direitos; além de garantir 100% do sinal de wi-fi livre dentro dos equipamentos de saúde e espaços de convivências comunitárias.
29	Promover e criar uma política que possibilite a articulação intersetorial: direitos humanos, esportes, projetos comunitários, educação, cultura e demais seguimentos da sociedade civil, com o objetivo da geração de renda e transversalidade visando a inclusão e fortalecimento em ações, inclusive emergencial, que ampliem o cuidado em saúde mental e minimizem os efeitos de prejuízos de um modo geral, causados com a pandemia do COVID-19.
30	Ampliar a reflexão dos profissionais além das práticas curativas/reabilitação em saúde mental. Fomentar as práticas comunitárias e desmedicalizantes através da educação permanente em todos os níveis de atenção à saúde. Aprimorar o acesso ao serviço de saúde mental ampliado e equipando as unidades da rede à atenção à saúde envolvidos (Cecco ,Caps III) áreas verdes de cultura, esportes e outros (telecentros e parques). Acolhendo todos os segmentos da sociedade com olhar ampliado para as crianças e adolescentes em idade escolar.
31	Educação permanente em saúde mental para todos os profissionais do SUS para manutenção e aprimoramento que de fato possa se incorporar a praxis, nos diferentes serviços, alinhado ao humanizaSUS com caráter emergencial considerando o contexto da pós pandemia do covid-19.
32	Programas assistenciais destinados ao usuário de saúde mental, garantindo proteção social básica com acessibilidade ao tratamento, através do transporte gratuito e subsistência.
33	Cuidado em Saúde mental aos trabalhadores de saúde no contexto Pandemia e Pós Pandemia com garantia de capacitação e ações de promoção e prevenção sistematizada dentro da política de saúde do trabalhador.

## MOÇÕES APROVADAS

### Moção nº 01

Proponente: Evaldo Shinji Kuniyoshi

Título: Por uma plataforma de cooperação para a RAPS.

Texto: Construir na Internet uma plataforma aberta de cooperação do SUS com a participação de gestores, usuários, trabalhadores e academia para organizarmos a participação popular, o controle social, a descentralização e a integralidade com suas linhas de cuidado.

Esta plataforma digital unirá as unidades e serviços da RAPS, dando protagonismo necessário aos profissionais, gestores, movimentos sociais e usuários para formarem a linha de cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

### Moção nº 02

Proponente: Milton Rogerio Fernandes / Antonio Viana

Títulos: Prioridade do território de MBoi Mirim

Texto: O texto enviado pela comissão da Pré-conferência MBoi Mirim não contempla e não reflete o trabalho feito. Diante do exposto solicitamos a inclusão do texto conforme relatório final, as seguintes prioridades do eixo 1:

1- Revisão dos critérios do programa de volta para casa, incluindo os usuários de substâncias psicoativas e excluindo o critério de hospitalização por 2 anos.

2- Ampliação das equipes multidisciplinares, exclusivo, em cada unidade básica de saúde, incluindo agentes redutores de danos.

3- Criação de UAA feminina, masculina e infantil ( UAA) nos territórios de MBoi Mirim

4- Desencarceramento e tratamento adequado aos indivíduos portadores de transtornos mentais, álcool e drogas.

### Moção nº 03

Proponente: Maria Judite Viera de Matos

Título: Necessidade de instalação implementação do Cecco e caps III na região Cursino a fim de garantir acolhida integral das pessoas.

Texto: Estamos solicitando este serviço com maior urgência nesta região do Cursino. Foi uma diretriz bastante debatida na Pré-Conferência Ipiranga, não foi incluído no caderno de diretrizes e recebeu votação.

### Moção nº 04

Proponentes: Renir Bruno de Martini

Título: Apoio ao Caps Ij III Santana, diante do cenário violento

Texto: Manifestamos nosso apoio ao Caps Ij III Santana que tem sido alvo de constantes ataques dos vizinhos.

Cotidianamente a equipe, os usuários e seus familiares são xingados como expressão de puro preconceito, racismo, machismo e desejos higienistas.

Não podemos nos calar diante de tamanha violência imposta aos nossos parceiros de luta e de construção de uma sociedade mais justa, inclusiva e sem serviços que exprimem a lógica manicomial. Ao CAPS IJ III Santana, todo respeito a sua trajetória e luta cotidiana.

### **Moção nº 05**

Proponentes: Mara Isa de V. Coricini – Rene Bruno de Montini

Título: Representação dos Adolescentes como delegados nas conferências de saúde

Texto: Destacamos a pouca representatividade do público infanto-juvenil que é impossibilitado de participar diretamente do espaço democrático da conferência em suas múltiplas etapas. Considerando a importância da garantia da participação desses cidadãos na construção das políticas públicas, considerando que os CAPS IJ são agenciadores de saúde mental infanto-juvenil nos territórios, considerando que o município de São Paulo foi pioneiro na modalidade de CAPS IJ III, considerando que historicamente há um silenciamento e falta de representatividade de crianças e adolescentes em espaços de participação social: registramos o apoio à garantia de vagas, destinadas a adolescentes com 16 anos ou mais na condição de delegados no seguimento usuário.

### **Moção nº 06**

Proponentes: Rafael, Karoline e Tatiana

Título: Extinção do financiamento das comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos na RAPS

Texto: Extinção do financiamento das comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, garantindo a desvinculação total destes serviços com a RAPS, entendendo que os mesmos têm preceitos contrários à luta antimanicomial, reforma psiquiátrica e direitos humanos. Direcionando fundos financeiros a estratégias de cuidado em liberdade.

### **Moção nº 07**

Proponentes: Vanessa Andrade Caldeira

Título: Reconhecimento e fortalecimento de CECCO junto ao ministério da Saúde

Texto: A 4ª CMSM, manifesta seu apoio ao centro de convivência e cooperativa (CECCO) no reconhecimento desse dispositivo pelo ministério da saúde como um tipo de estabelecimento de saúde no CNES possibilitando, desse modo, financiamento próprio com outros equipamentos de saúde mental; no fortalecimento e ampliação dos CECCOS em âmbito nacional a serem preservados em sua gestão direta e pública; na criação de uma política nacional de convivência sócio cultural, e economia solidária junto ao congresso nacional. Os CECCOS fazem parte da rede de atenção à saúde (RAS) que são referência qualificada para rede de atenção à saúde mental (RAPS) operando na intersetorialidade, promovendo no território enredamento entre saberes e prática no campo da arte, cultura, meio-ambiente, esporte, educação e trabalho. São dispositivos de agenciamento de vidas que inovam o cuidado do fenômeno humano na perspectiva da criação de novas subjetividades e alteridades, assim como o desenvolvimento de potencial para a emancipação e poder de troca, em experiência de cuidado individual, grupos heterogêneos e de

trabalho em economia solidária. Respectivas estas, que colaboram na promoção integral à saúde e na ampliação do conceito de saúde como produção de mundos.

### **Moção nº 08**

Proponentes: Waldir Moura dos Santos, UBS Jardim Aurora – Quilombo Guaianases

Título: Implementação do Movimento de Reformas Sanitária Saúde Mental e Ambiental

Texto: Em apoio às lutas de reformas psiquiátricas e psicológica em tratamento com ampliação dos recursos, infraestrutura e gestão com estruturação dos acesso à assistência às pessoas em sofrimento psicológico de urgência e emergência em crise em saúde mental em consumo de drogas, crack, com custeio tripartite com todos serviços públicos e redes de atenção psicossocial conforme portaria N° 3.088 de 23/12/2011 em todas as regiões da saúde diante o decreto presidencial N° 7.508 de 28/06/2011, considerando os princípios democráticos com participação dos conselheiros gestores de saúde mental, lei municipal 13.325 buscando a integralidade territorial com o controle social ao apoio a RAPS - Rede de atenção psicossocial - e o SRT - serviço de residência terapêutica - em parceria a atenção primária, unidades básicas de saúde, atenção secundária especializada atenção terciária, hospitais, ambulatórios e outros em consonância aos 17 ODS base ao ODS 3 – para melhor saúde e bem-estar científico, no cuidado e liberdade e pesquisas em células-tronco.

### **Moção nº 09**

Proponente: André Luís Barreiros

Título: Violência Doméstica

Texto: Nós usuários e trabalhadores da área da saúde viemos por meio desta prestar nossa solidariedade para as famílias vítimas de violência doméstica buscando o melhor acompanhamento e proteção destas pessoas, pois o Brasil possui o índice de país com maior taxa de feminicídio do mundo o que viola as resoluções da lei Maria da Penha e do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.

### **Moção nº 10**

Proponente: Givanildo Oliveira Santos / Josefa Alves

Título: Acesso ao Caps Adulto Álcool e Drogas – Butantã

Texto: Solicitamos a troca de local do CAPS Álcool e Drogas Adulto – Butantã para um local acessível a população que usa transporte público em caráter de urgência. O local onde o equipamento se encontra atualmente é totalmente inacessível e longe do ponto de ônibus; a rua é extremamente estreita dificultando a parada de carro e embarque dos pacientes, causando transtorno e conflitos com “pessoas em situação de rua”.

### **Moção nº 11**

Proponente: Katia Muniz Arimati

Título: Serviço de atenção a pessoas em situação de rua com perda de autonomia definitiva

Texto: Garantir implantação, conforme plano municipal de políticas para a população em situação de rua – eixo habitação – direito à moradia digna, serviço para atendi-

mento da população de rua com perda de autonomia definitiva e com necessidades de cuidados integrais que não estejam no período de convalescência, isto é, que possuem condições de saúde devida a prioridades definitivas, como cadeirantes, amputados, paraplégicos, tetraplégicos, idosos com quadros de demências entre outros, e que na ausência de familiares ou outra rede de suporte, necessitam de moradia com suporte presencial das equipes de saúde para o auxílio na realização das necessidades humanas básicas. Este serviço deverá ter financiamento e funcionamento híbrido entre saúde, habilitação e assistência e desenvolvimento social.

### **Moção nº 12**

Proponente: Proponente: Katia Muniz Arimati

Título: Serviço de cuidados integrais para pessoas em situações de rua portadora de transtornos mentais severos

Texto: Garantir conforme plano municipal de políticas para a população em situação de rua de 24 de dezembro de 2016; Eixo orientador – habitação/direito à moradia digna, serviços de cuidados integrais para pessoas em situação de rua portadora de transtornos mentais severos, que constituem em casas ao modelo de moradia ao longo prazo para até 10 moradores que garantam abrigo a pessoas em situação de rua com transtornos mentais severos e que trabalhem de forma articulada com o CRAS e UBS.

Deverá ter como recursos humanos cuidadores 24 horas por dia e técnico com formação em nível superior que colaborarão com a rede intersetorial na construção dos projetos terapêuticos singulares de atenção psicossocial e articulação com demais recursos do território. Este equipamento deverá ter financiamento e funcionamento híbrido de SEHAB, SMADS e SMS.

### **Moção nº 13**

Proponentes: Edicléia Generoso

Título: Quem cuida precisa ser cuidado

Texto: Quem cuida da pessoa passa por muitas situações muito sérias, onde por vezes chega a ser agredida. Eles precisam de cuidado tanto quanto o doente precisa de psicólogo e atenção e demais tratamentos, pois têm psicossocial abalado.

### **Moção nº 14**

Proponente: Ricardo Santos / Natanael Server

Título: O descaso das diretrizes da Vila Mariana por parte da coordenação pois abertura do trabalho não foi lido os documentos.

Texto: as formas de como foi organizada e exigimos justificamos uma explicativa

### **Moção nº: 15**

Proponente: Natanael dos Anjos Alvez

Título: acesso ao wi fi a RAS

Texto: eu Natanael proponho que tenha o acesso wi fi gratuito nas ubs, upas, ama, hospital, caps etc..

### **Moção nº 16**

Proponente: Rafaela Púri Martinelli

Título: Repúdio às internações em CTs e ao financiamento público de CTs

Texto: A IV CMSM SP repudia todas as formas de internações em comunidades terapêuticas e reforça a necessidade do cumprimento das leis 10216/01 e 13840/19 para a proteção contra internações irregulares e as notórias práticas de sequestro, cárcere privado, maus tratos, tortura, religiosidade compulsória, trabalho análogo à escravidão e violações de direitos humanos nessas instituições. É inaceitável o apoio e financiamento do poder público às CTs contra qualquer modelo de tratamento baseado em privação de liberdade. Nenhum direito a menos.

### **Moção nº 17**

Proponente: Rafaela Púri Martinelli

Título: Pela vida das mulheres e da Comunidade LGBTQIA+

Texto: A IV Conferência Municipal de São Paulo expressa seu apoio às mulheres e trans, travestis não binares e de todas as diversidades e gêneros em suas lutas por respeito, dignidade, saúde e contra à violência onde enraizada nos dispositivos de saúde mental do SUS firmamos nosso compromisso na luta contra toda forma de violência medicalização e patologização baseada em opressão de gênero e orientação sexual. Reivindicamos o reconhecimento de todos os gêneros, incluindo as pessoas não-binárias, nos formulários e acolhimento no SUS.

### **Moção nº 18**

Proponente: Rafaela Púri Martinelli

Título: Moção de apoio ao Mov. de saúde mental e bem viver dos povos indígenas

Texto: A IV conferência municipal de saúde mental, através do presente moção, expressa seu apoio ao movimento de saúde mental e bem viver dos povos indígenas, criado durante a primeira conferência dos povos indígenas, conferência livre nacional realizada nos dias 12 e 13 de março na Aldeia Maracanã (RJ) como parte das V Conferência Nacional de Saúde Mental. Apoiamos a luta por um projeto indígena de saúde e resistência centrado no lema saúde terra e vida.

### **Moção nº 19**

Proponente: Waldimir Moura dos Santos

Título: Em combate ao racismo estrutural na política de saúde mental da população negra e migrantes

Texto: Nos anos durante o governo do presidente Lula o Brasil avançou significativamente o fortalecimento de políticas públicas da saúde mental e integrada da população em situação de vulnerabilidade, desigualdade, iniquidade no âmbito de serviços da saúde pública como a população negra em situação de ruas do campo e da floresta periféricas, ciganos, LGBTQI+, quilombolas outras se agravou no governo do Presidente Jair Bolsonaro, governo João Dória o genocídio e mortes por descaso, negligências no tratamento e combate a pandemia do coronavírus com a vacina do covid 19 onde o racismo e a discriminação racial social e políticas do Ministério da Saúde e suas secretarias, fun-

dação Palmares e outras que persistem ao longo da história brasileira com as violências, desigualdades e injustiças sociais para a saúde mental da população negra, indígenas, comunidades falciformes mais pobres, com doenças raras ou crônicas, com alta precoce, de óbitos, de mortalidade materna infantil, crianças, jovens, adolescentes e adultos que temos que fortalecer o PNSIPN-PORTARIA GM MS nº 992 de 13 de maio de 2009 para redução de danos nas desigualdades racismo com objetivo do pacto pela saúde mental quesito raça cor no sistema informação.

### **Moção nº 20**

Proponente: José Luiz de Assis / André B. Conceição / Heloísa de Souza R. Oliveira

Título: Repúdio à sonegação de propostas

Texto: Nós conselheiros gestores de saúde da supervisão técnica regional de saúde Vila Mariana/Jabaquara repudiamos a não inserção das propostas levantadas e aprovadas na pré-conferência realizada em 11/12/2021 na UNG Aldeia do Futuro não vieram descritos no eixo 3 do caderno de diretrizes para a 4ª Conferência Municipal de Saúde mental.

### **Moção nº 21**

Proponente: Veronica Trizzine Batista

Título: Promover mudanças curriculares em escolas públicas e privadas, a fim de quebrar estereótipos a respeito de saúde mental infanto-juvenil

Texto: Implementar na grade curricular, inicialmente em âmbito municipal, atividades a respeito da temática de saúde mental infantojuvenil, com o objetivo de informar, ensinar e conscientizar jovens e trabalhadores da área da educação sobre a importância de todos os serviços da RAPS (CAPS I, II e III, AD, IJ e adulto, SRT's, UAA, UATJ e Cecco), visando quebrar estereótipos e ajudar/ acolher jovens em sofrimento psíquico em ambiente escolar.

### **Moção nº 22**

Proponente: Ariadine Benetom de Campos

Título : Moção de apoio à política de economia Solidária na RAPS

Texto: Considerando que necessitamos de uma política de inclusão dos menos favorecidos, em desvantagem psicossocial e economicamente, nas trocas de bens, serviços e alimentos; que se torna imprescindível para o desenvolvimento integral para uma vida digna; defendemos e reforçamos o Eixo VII do RAPS, os Pontos de Economia Solidária cooperativismo cultural e social como equipamentos para a Reabilitação Ampliada em saúde mental na vertente de geração de rendas e trabalho. Pois se constitui um espaço com nova forma de organização social/afetiva e economicamente. Que haja uma Política de Saúde Mental Antimanicomial que incentive e dissemine a Economia Solidária, sistematizando seus fundamentos para a promoção desses conhecimentos junto aos Conselhos Gestores, liderança comunitária, família e usuários.

### **Moção nº 23**

Proponente: Fabiano de Oliveira Soares

Título: Pela reabertura dos SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho) dos Hospitais Municipais

Texto: Nós delegados e delegadas da 4ª Conferência Municipal de saúde mental da cidade de São Paulo, nos manifestamos contra a medida da gestão municipal que determinou o encerramento dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho dos hospitais municipais. Tendo em vista que esses serviços são imprescindíveis para cuidado, prevenção e promoção em saúde do trabalhador, sobretudo, na questão de saúde mental desses trabalhadores, tendo em vista o desgaste promovido pela pandemia na qual muitos trabalhadores foram contaminados e muitos outros passaram a desenvolver problemas de saúde mental. Dito isso nos manifestamos pela reativação dos SESMT dos hospitais municipais, bem como pela observância e respeito, especialmente a norma reguladora NR4

### **Moção nº 24**

Proponente: Gabriela de A.F.M Galvão

Título: Contra internação de crianças e Adolescentes em Comunidades Terapêuticas.

Texto: O plenário da 4ª Conferência Municipal da Saúde Mental repudia o sequestro de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas disfarçadas de internação que vem ocorrendo em todo município, em especial no território da Capela do Socorro, onde há ciência da SMADS a respeito de tal situação se omitindo de sua responsabilidade primordial pela garantia da não violação dos direitos humanos e da criança e adolescente

### **Moção nº 25**

Proponente: Laura Sahm Shdaior

Título: A crackolândia não acabou

Texto: A crackolândia não é um território específico, é um grupo de pessoas, por isso não é possível dizer que acabou. A IV CMSM defende políticas públicas que atendam às necessidades das pessoas que fazem uso de substâncias e que estão em situação de rua, garantindo seus direitos por meio do investimento nos serviços da RAPS, em programas de moradia primeiro e não em comunidades terapêuticas. É necessário descriminalizar o usuário de drogas e deixar claro que ações pautadas na violência policial atendem interesses da especulação imobiliária e não visam o cuidado da população em questão .

### **Moção nº 26**

Proponente: João de Deus do Nascimento

Título: Recomendação da plenária da conferência municipal

Texto: Recomendamos ao conselho municipal de saúde de São Paulo, que não autorize novos contratos e nem termos aditivos às OSS que têm problemas para cumprir os dois contratos no quesito contratação de recursos humanos.

### **Moção nº 27**

Proponente: Hugo Cantalogo Couto

Título: Moção defesa ao encontro presencial da Conferência Estadual

Texto: Nós delegados da IV Conferência Municipal de Saúde Mental viemos por meio desta moção defender a necessidade que a IV Conferência Estadual de Saúde Mental se desenvolva de maneira presencial a fim de combater o desmonte dos encontros de articulações, que visam desarticular as redes e produções utilizando o contexto da pandemia de Covid-19 como justificativa apesar dos encontros municipais e a nacional serem de maneira presencial.

Concluímos então a necessidade de reafirmar um espaço de encontro presencial onde a palavra, os afetos e a potencialidades possam circular, respeitando as regras sanitárias vigentes no momento e as portarias vigentes.

### **Moção nº 28**

Proponente: Hugo Cantalogo Couto

Título: Moção em Defesa do cuidado em liberdade e do SUS contra todas as formas de manicômios

Texto: Nós delegados da IV conferência municipal de saúde mental do Estado de São Paulo defendemos veementemente a RAPS e o seu financiamento integral das 3 esferas governamentais, repudiamos as relações de verbas e facilitações para o financiamento público dos hospitais psiquiátricos, clínicas de recuperação, comunidades terapêuticas e quaisquer outras instituições totais.

A reabertura dos contratos com instituição de internação ferem os direitos humanos a constituição e a lei 10.216/2001 e mais de 35 anos de luta antimanicomial e SUS. Por fim, reiteramos nosso compromisso com o SUS equânime, integral, universal, laico, antiracista, antifacista, antimachista, anti-LGBTQI+ fóbico, anticapitalista, antiproibicionista e antimanicomial. Por uma democracia antimanicomial e contra todas as formas de manicômio

### **Moção nº 29**

Proponente: Carmen Ortiz

Título: Moção de repúdio às políticas neoliberais desse governo genocida e do retrocesso na política de saúde mental no Brasil

Texto: Diante de uma das maiores crises sanitárias mundiais da nossa história, o governo federal bolsonarista e a elite resultado do “colonialismo oligárquico”, desarticularam o combate à Covid-19, aprofundando a crise sócio-político-econômica através de uma política ultraliberal na retirada do direito que ataca 1 século de conquistas advindas das lutas dos trabalhadores/as ameaçando constantemente as nossas liberdades democráticas, ampliando e aprofundando as desigualdades sociais com graves violações de direitos humanos, ataques aos povos indígenas, quilombolas, militantes dos direitos humanos que lutam pelo direito à terra e a moradia, a entrega dos recursos e patrimônios públicos ao grande capital privado favorecendo setores do agronegócio, com o desmatamento das nossas florestas e contaminação dos nossos rios pela mineração, com a liberação dos agrotóxicos que nos coloca em grave em segurança alimentar. É necessário ampliarmos

a resistência para que a mobilização popular possa impor uma derrota a esses governos e suas necropolíticas ultraliberais, revogando a EC95, que trouxe um processo acelerado desfinanciamento afetando diretamente o SUS e outros setores essenciais, impedindo o avanço na retirada de direitos como a PEC32 que retrocede inconstitucionalmente a estrutura do Estado, precarizando e inviabilizando todo serviço público. Precisamos lutar por políticas públicas referendadas em amplos consensos participativos na defesa do SUS e seus princípios de universalidade considerando as singularidades, diversidades, territorialidade, humanização e reintegração social . Na saúde mental lutaremos pela preservação das bases de atendimento dispondo das abordagens na perspectiva antimanicomial, antiproibicionista, pelo cuidado em liberdade e contra as comunidades terapêuticas

## ANEXOS

### ANEXO I - REGIMENTO/REGULAMENTO DA IV CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL DE SÃO PAULO

#### CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º. A IV Conferência Municipal de Saúde Mental – 4ªCMSM, etapa municipal, convocada pela Resolução nº 08– CMS-SP de 01 de Outubro de 2021, tem como objetivo propor diretrizes para a Política Municipal, Estadual e Nacional de Saúde Mental.

Art. 2º. A IV Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, etapa da III Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo, etapa da V Conferência Nacional de Saúde Mental se realizará de 25 a 27 de março de 2022, na Universidade UniNove, Campus Vergueiro, à Rua Vergueiro, 235/249, Liberdade. No primeiro dia, 25 de março, as atividades serão das 16h às 21 horas. Nos demais, das 8h às 18 horas.

Art. 3º. A IV Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, etapa da III Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo, etapa da V Conferência Nacional de Saúde Mental tem por objetivos:

I. Analisar prioridades constantes no Documento Orientador e elaborar propostas para o fortalecimento dos programas e ações de Implementação da Política Municipal, Estadual e Nacional de Saúde Mental.

II. Mobilizar a sociedade e estabelecer diálogos em defesa do direito à saúde e do SUS na elaboração de propostas a serem discutidas na IV Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, etapa da III Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo, etapa da V Conferência Nacional de Saúde Mental.

III. Fortalecer a participação popular e o controle social no SUS, com ampla representação da sociedade em todas as etapas da IV Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, etapa da III Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo, etapa da V Conferência Nacional de Saúde Mental;

IV. Eleger/indicar delegadas(os) dos segmentos usuários, trabalhadores e gestores/prestadores de serviços, respeitando segmentos e subsegmentos, sob a coordenação do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo, para a III Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo etapa da V Conferência Nacional de Saúde Mental.

#### CAPÍTULO II DO TEMA

Art. 4º. A IV Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, etapa da III Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo, etapa da V Conferência Nacional de Saúde

Mental tem como tema central “A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS” a ser desenvolvido mediante discussão dos seguintes eixos temáticos:

I. Cuidado em liberdade como garantia de Direito à cidadania.

II. Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental.

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

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

### **CAPÍTULO III DAS ATIVIDADES PREPARATÓRIAS**

Art. 5º. A IV Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, etapa da III Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo, etapa da V Conferência Nacional de Saúde Mental foi precedida de 26 Pré-Conferências, realizadas entre os dias 01 de novembro de 2021 a 15 de dezembro de 2021, nos territórios das Supervisões Técnicas de Saúde, com propostas de diretrizes .

### **CAPÍTULO IV DAS PLENÁRIAS LIVRES**

Art. 6º. Atendendo ao princípio de equidade do SUS, alguns segmentos realizaram Plenárias livres com temas específicos, anteriores às 26 Pré-Conferências, inserindo no Relatório Final das Pré-Conferências quatro (04) Diretrizes prioritárias para ciência, que serão agora apreciadas pela IV Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, etapa da III Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo, etapa da V Conferência Nacional de Saúde Mental.

### **CAPÍTULO V DA REALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO**

Art. 7º. A IV Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, etapa da III Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo, etapa da V Conferência Nacional de Saúde Mental, será conduzida pela Comissão Organizadora da IV Conferência Municipal de Saúde Mental;

Art. 8º. Os trabalhos de organização da IV Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, inclusive no local do evento, estão a cargo da Comissão Organizadora do Conselho Municipal de Saúde e de suas comissões de apoio: Comissão de Infraestrutura; Comissão de Relatoria, Comissão de Comunicação, Comissão de Homologação e Credenciamento;

Parágrafo Único. Todas as comissões são paritárias, obedecendo à Lei nº 8.142/90 e à Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

## **CAPÍTULO VI DAS(OS) PARTICIPANTES**

Art. 9º. Participam da IV Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, etapa da III Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo, etapa da V Conferência Nacional de Saúde Mental 504 (quinhentos e quatro) pessoas, sendo:

I. 420 (quatrocentos e vinte) delegadas(os) eleitas(os)/ indicadas(os) nas Pré-Conferências, sendo 50% usuários: 210 (duzentos e dez) delegadas(os); 25% trabalhadores: 105 (cento e cinco) delegadas(os); 25% gestores e prestadores de serviços de saúde: 105 (cento e cinco) delegadas(os);

II. 64 (sessenta e quatro) delegadas(os) natas(os), que são conselheiras(os) municipais de saúde de São Paulo;

III. 10 (dez) convidadas(os) – (com direito a voz e sem direito a voto).

IV. 10 (dez) observadores (as) – (Não tem direito a voz, nem direito a voto)

§ 1º. Dez por cento (10%) do número total de delegados será reservado a suplentes, que assumirão, mediante desistência comunicada por escrito ou não comparecimento da(o) delegada(o) titular e obedecendo o prazo para credenciamento.

§ 2º. A eleição/indicação das(os) delegadas(os) obedece ao princípio da paridade de segmentos, nos termos da legislação vigente.

§ 3º. As(os) delegadas(os) têm direito a voz e direito de voto.

§ 4º Serão convidados(as) para a 4ªCMSM representantes de entidades, instituições nacionais, internacionais e personalidades nacionais e internacionais, com relevância em Saúde Mental.

§ único. Está previsto a participação de acompanhantes - (Não tem direito a voz, nem direito a voto)

Art. 10º. O credenciamento das(os) participantes será realizado nos dois primeiros dias: dia 25 de março, das 16h às 19h, e, no dia 26 de março, das 8h às 12h.

Parágrafo Único. As(os) suplentes das(os) delegadas(os) titulares ausentes deverão credenciar-se no dia 26 de março, das 12h às 14h30.

## CAPÍTULO VII DA PROGRAMAÇÃO

Art. 11º. A IV Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, etapa da III Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo, etapa da V Conferência Nacional de Saúde Mental, desenvolverá suas atividades de acordo com a seguinte programação:

I. 25 de março de 2022 (sexta-feira)

16h às 19h - Credenciamento de delegadas(os) e convidadas(os) e escolha do eixo temático

18h às 19h – Coquetel/lanche

19h às 21h - Abertura oficial, com participação dos(as) delegados(as) eleitos e de convidados especiais;

- Composição da mesa de trabalho;

- Leitura e aprovação do Regimento/Regulamento

II. 26 de março de 2022 (sábado)

8h às 12h - Credenciamento de delegadas(os) e convidadas(os) e escolha do eixo temático

8h às 9h - Café

9h às 10h - Palestra Magna

10h às 11h - Palestras nos eixos temáticos

1 - Cuidado em liberdade como garantia de Direito a cidadania;

2 - Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental;

3 - Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade.

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

11 às 12h - Organização e orientação dos grupos

12h às 13h – Almoço dos Eixos 1 e 3

12h40 às 13h40 – Almoço dos Eixos 2 e 4

12h às 14h30 - Credenciamento de delegadas(os) suplentes

14h30 – Início da retirada do formulário de moções no balcão de credenciamento;

13h às 17h - Continuação das Atividades no eixo temático

- Leitura do Relatório Consolidado das Pré-Conferências

- Leitura dos relatórios das Plenárias livres

- Discussão em grupos por eixos temáticos

III. 27 de março de 2022 (domingo)

8h às 9h - Café

9h às 12h - Discussão em grupos por eixos temáticos (continuação)

12h – Encerramento da entrega das moções no balcão de credenciamento

12h às 13h – Almoço dos Eixos 1 e 3

12h40 às 13h40 – Almoço dos Eixos 2 e 4

14h às 17h - Plenária Final  
- Emissão de Certificado de participação  
16h às 17h - Eleição/indicação das(os) delegadas(os) para a 3ª Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo etapa da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental.  
17h30 - Encerramento

## **CAPÍTULO VIII DO FUNCIONAMENTO DOS EIXOS TEMÁTICOS E DA VOTAÇÃO**

Art. 12º. Todas(os) as(os) participantes regularmente credenciadas(os), delegadas(os) ou convidadas(os), estão aptas(os) a participar do eixo temático que escolheram no credenciamento. No caso de não haver mais lugares disponíveis na sala do eixo escolhido, será necessária uma nova escolha no ato do credenciamento.

Art. 13º. O quórum de instalação dos trabalhos no eixo temático é de 50% mais uma(um) das(os) delegadas(os) inscritas(os).  
Parágrafo Único. Caso não haja quórum na sala do eixo temático, o grupo será desfeito e distribuído nos demais eixos temáticos.

Art. 14º. A Comissão Organizadora da 4ª Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, etapa da 3ª Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo, etapa da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental indicará para as salas de cada eixo:

I – 01 (uma/um) coordenadora(or), que organizará os trabalhos no eixo: leitura, destaques, contagem de votos, solução de problemas e para gravar os trabalhos em pendrive, que será entregue à Comissão Organizadora do CMS, mediante protocolo;

II – 01 (uma/um) relatora(or), para auxiliar os trabalhos;

III – 01 (uma/um) digitadora(or) contratada(o), para digitar as propostas, destacando aquelas que serão votadas na Plenária Final, daquelas que não alcançaram número de votos suficiente. E ainda assinalar as prioridades por esfera de governo e a contagem dos votos a favor, contra e abstenções, mediante coordenação da mesa.

§1. Em cada sala do eixo temático serão escolhidas pelo conjunto 02(dois/duas) participantes:

01(uma/um) para atuar como coordenador adjunto; e outra(o), para atuar como relator adjunto. O trabalho desses participantes, que deverão ser identificados com nome, e-mail e telefone, é auxiliar nos trabalhos da sala.

§2. Em cada eixo temático os trabalhos terão início com a leitura do Relatório Consolidado das Pré-Conferências do eixo temático correspondente.

§3. Os participantes farão seus destaques no momento da leitura, apresentando, ao final, suas propostas de alteração, supressão total, supressão parcial, a serem apreciadas e votadas pelo grupo.

§4. As(os) participantes se inscrevem para destaques junto à(ao) coordenadora(or) dos trabalhos, apresentando o crachá e fazendo uso da palavra por, no máximo, 3 (três) minutos.

§5. As(os) proponentes que apresentarem diretrizes diferentes no mesmo tema devem buscar consenso antes da votação nos eixos.

§6. A questão de ordem deverá ser usada apenas para restabelecer a ordem indicada no Regimento/Regulamento, tem prioridade sobre os demais destaques, mas não poderá ser usada durante o regime de votação. O proponente usará a palavra por 2 (dois) minutos e a decisão de pertinência cabe aos coordenadores dos trabalhos, se necessário, ouvindo o plenário.

§7. As diretrizes que receberem mais de 70% de aprovação serão apresentadas na Plenária Final (etapas municipal, estadual e nacional)

§8. As prioridades entre as diretrizes que forem para a Plenária Final serão dadas da seguinte forma:

- I - Até 04 (quatro) diretrizes por eixo na esfera municipal;
- II - 01 (um) diretriz por eixo na esfera estadual;
- III - 01 (um) diretriz por eixo na esfera nacional.

§9. As diretrizes priorizadas serão ordenadas de acordo com a porcentagem de votos obtidas no grupo.

§10. A votação será por contraste e, havendo dúvida, na ordem: a favor, contra e ausências, devidamente registradas.

§11. As diretrizes priorizadas serão apreciadas pela Plenária Final, indo ainda compor o Relatório Final da 4ª Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, etapa da 3ª Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo, etapa da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

§12. Todas as diretrizes aprovadas nos grupos, exceto as que foram para o Relatório Final, irão compor o Relatório Geral da 4ª Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, etapa da 3ª Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo, etapa da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, disponibilizado na página do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo para consulta e posterior utilização.

## **CAPÍTULO IX DA PLENÁRIA FINAL E ELEIÇÃO DE DELEGADAS(OS)**

Art. 15º. O quórum de instalação da Plenária Final é 50% mais um das(os) delegadas(os) credenciadas(os).

Art. 16º. Do funcionamento da Plenária Final:

- I - Será lida e referendada a relação das diretrizes priorizadas pelos eixos temáticos;
- II - Na Plenária Final não são acatadas diretrizes novas;
- III - As Moções devem conter 20% de assinaturas do total de delegadas(os) credenciadas(os), devendo ser entregues no local de credenciamento em formulários oficiais, até às 12h do dia 26 de março, escritas com no máximo 15 linhas e com identificação das(os) proponentes;

IV - As moções que atingirem o número de assinaturas necessárias serão lidas uma a uma, em seguida, colocadas em votação, caso não haja necessidade de esclarecimento.

Se for o caso, haverá 2 (dois) minutos para esclarecimento da proposta pela(o) proponente e, em seguida, colocada em votação;

- V - O Relatório Final da IV Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo,

etapa da III Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo, etapa da V Conferência Nacional de Saúde Mental será encaminhado pelo Conselho Municipal de Saúde ao Secretário Municipal da Saúde de São Paulo, à Câmara Municipal de São Paulo, à Comissão de Saúde da Câmara Municipal de São Paulo, ao Tribunal de Contas do Município, ao Conselho Estadual de Saúde de São Paulo, ao Ministério Público Estadual, à Presidência da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, à Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, ao Tribunal de Justiça do Estado, ao Tribunal de Contas do Estado, ao Conselho Nacional de Saúde, ao Ministério da Saúde, à Presidência da Câmara dos Deputados, ao Senado Federal, ao Tribunal de Contas da União, ao Ministério Público Federal e às(aos) delegadas(os) da 4ª Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, etapa da 3ª Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo, etapa da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, devendo ser publicado no Diário Oficial da Cidade de São Paulo, após homologação do Pleno do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo.

## **CAPITULO X PARTICIPAÇÃO DURANTE A PANDEMIA**

Art. 17º Será permitida somente a participação de pessoas vacinadas contra a COVID-19, mediante comprovação, na IV Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo.

§ único – Obrigatório o uso de máscaras nas dependências da 4ª CMSM.

Art. 18º A 4ª CMSM seguirá o Protocolo Sanitário do Município de São Paulo vigente à data.

## **CAPITULO X DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 19º O Regimento da IV Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo tem como referência o Regimento das Etapas Estadual e Nacional.

Art. 20º. A IV Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, etapa da III Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo, etapa da V Conferência Nacional de Saúde Mental garantirá a acessibilidade das pessoas com deficiência, nos termos do manual de acessibilidade da CISP/D/CNS (Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com deficiência)/ (Conselho Nacional de Saúde) e Lei Brasileira de Inclusão e Acessibilidade, Lei nº 13.146 de 06 de junho de 2015, disponibilizando material ampliado, em áudio-descrição e em braille, guias-intérpretes e intérpretes de LIBRAS, respeitando a Lei nº 10.216/2001 qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e o Decreto Legislativo nº 186/2008, qual aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007.

## ANEXO II - DELEGADOS PARA A III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL

1	USUÁRIO	EDINEIA DE BRITO NERI SINHORELLI
2	USUÁRIO	DINA DE JESUS MACHADO
3	USUÁRIO	IVALDIVA FERREIRA VELOSO FELIX
4	USUÁRIO	BERNARDO BATISTA MESSIAS
5	USUÁRIO	JOÃO DE DEUS DO NASCIMENTO
6	USUÁRIO	GESSY DIAS DA SILVA
7	USUÁRIO	WALDIR MOURA DOS SANTOS
8	USUÁRIO	SONIA MARCIA ALCANTARA PEREIRA
9	USUÁRIO	JACQUELINE RODRIGUES SOUZA QUINELEN
10	USUÁRIO	MARIA AURILENE ALBERTO DOS SANTOS
11	USUÁRIO	ALEX YADRIEL BELCHIOR
12	USUÁRIO	MARIA HORTENCIA SOUZA ROJO
13	USUÁRIO	EDILEUZA CONCEIÇÃO SILVA
14	USUÁRIO	JAMESON FERREIRA DE OLIVEIRA
15	USUÁRIO	ANTONIO VIANA
16	USUÁRIO	TEREZA CARDOSO DO AMARAL
17	USUÁRIO	CRISTOVÃO AVELINO NERY
18	USUÁRIO	ADRIANA MATOS PEREIRA
19	USUÁRIO	HAMILTON BAZOLI PEREIRA PONTES
20	USUÁRIO	VANDUIR JOSÉ DE SOUZA LIMA
21	USUÁRIO	ROBERTO COSTA FERREIRA
22	USUÁRIO	MARIA DE FATIMA ALVES MARTA

23	USUÁRIO	CELIA ALVES LIMA
24	USUÁRIO	IZABEL PINTO DE MAGALHÃES
25	USUÁRIO	MARIA DA PENHA RAMOS OLIVEIRA
26	USUÁRIO	CIRENE LUCIANE DE CARVALHO RABELO
27	USUÁRIO	DAMARIS GERMANA ROBERTO
28	USUÁRIO	IMPUGNADA
29	USUÁRIO	JOSÉ CARLOS RIBEIRO GIMENES
30	USUÁRIO	GIVANILDO O DOS SANTOS
31	USUÁRIO	CLARA REGINA BERNARDINO MIRANDA
32	USUÁRIO	JOSEFA ALVEZ
33	USUÁRIO	LUCILA PARIS FRANCISCO
34	USUÁRIO	LUIZ FELIPE DE OLIVEIRA MANFIZINATO
35	USUÁRIO	JOSE LUIS DE ASSIS SILVA
36	USUÁRIO	ANDRE BERNARDINO DA CONCEIÇÃO
37	USUÁRIO	ADÃO DO CARMO
38	USUÁRIO	DEBORA BATISTA DE QUEIROZ
39	USUÁRIO	GLÓRIA GENI DO S GONÇALVES
40	USUÁRIO	ANA MARIA DE SOUZA MELO PRINCE
41	USUÁRIO	MARCIONILIA NUNES DE LIMA
42	USUÁRIO	MARGARIDA BERNARDINA DOS SANTOS RAMOS
43	USUÁRIO	NEURANI RODRIGUES GOMES
44	USUÁRIO	SILVANA E CARVALHO

45	USUÁRIO	ROSEMEIRE ROSA DE OLIVEIRA
46	USUÁRIO	RAFAELA MARTINELLI
47	USUÁRIO	CLEITON CONCEIÇÃO FERREIRA
48	USUÁRIO	SOLANGE APARECIDA TRINDADE
49	USUÁRIO	JOSE LUIZ PEREIRA DOS SANTOS
50	USUÁRIO	NATAL DIAS DE OLIVEIRA
51	USUÁRIO	FABIO BATISTA
52	USUÁRIO	VALDICEA MUNIZ DE JESUS
53	USUÁRIO	IMPUGNADA
54	USUÁRIO	MARIA JUDITE VIEIRA DE MATOS
55	USUÁRIO	ROZILDO GOMES DE LIRA
56	USUÁRIO	ARIADNE ARAUJO DOS REIS TAVARES
57	USUÁRIO	IRIS SMANIOTTO ROSCHEZ ROTGER
58	USUÁRIO	CATARINA SOARES DE OLIVEIRA
59	USUÁRIO	ANDRE PEREIRA SANTOS
60	USUÁRIO	VITA AGUIAR DE OLIVEIRA
61	USUÁRIO	VERONICA TRIZZINE BATISTA
62	USUÁRIO	ADILSON GONÇALVES DA SILVA
63	USUÁRIO	MARIA NEUSA P SANTOS VILELA
64	USUÁRIO	PATRICIA PEREZ E SILVA DE FREITAS
65	USUÁRIO	ANDREA APARECIDA SOUSA
66	USUÁRIO	SEITI TAKAHAMA

67	USUÁRIO	ALBERTINA SOUZA RIBEIRO JUSTINO
68	USUÁRIO	MARIA AUXILIADORA CHAVES DA SILVA
69	USUÁRIO	ELZA DAS GRAÇAS CALIXTO LIMA
70	USUÁRIO	NADIR FRANCISCO DO AMARAL
71	USUÁRIO	EULALIA ALVES CORDEIRO
72	USUÁRIO	MARIA IMACULADA HENRIQUE CANDIDO
73	USUÁRIO	CLAUDIA SOFIA INDALECIO PEREIRA
74	USUÁRIO	CARLOS JORGE W. RODRIGUES
75	USUÁRIO	LUIZ FERNANDO PROCEDINO
76	USUÁRIO	MARLY DOS SANTOS
77	USUÁRIO	MARIA CRISTINA IELO BELLO
78	USUÁRIO	JONAS CEZAR LIMA DE ALMEIDA
79	USUÁRIO	ANDRE LUIS BARREIROS
80	USUÁRIO	PAMELLA DE FREITAS SAIÃO SCAFURA

81	TRABALHADOR	MARIA NEIDE DE JESUS OLIVEIRA DIAS
82	TRABALHADOR	THAÍS LIMA SILVA
83	TRABALHADOR	EVELIN SAMEG
84	TRABALHADOR	BIANCA RAMOS DE ALMEIDA
85	TRABALHADOR	ROBERT EDUARDO ANDRADE DOS SANTOS
86	TRABALHADOR	TAMIRES WEDEKIM DE TOLEDO
87	TRABALHADOR	BARBARA FERNANDA CAVALHEIRO JUSTINO DA SILVA
88	TRABALHADOR	NATANI ALVES RODRIGUES
89	TRABALHADOR	CICERA BENICIA DA SILVA
90	TRABALHADOR	GABRIELA DE ALBUQUERQUE FERNANDES MACHADO GALVÃO
91	TRABALHADOR	RODRIGO DE SOUZA MAIA
92	TRABALHADOR	VALERIA CRISTINA LOPES PRINCZ
93	TRABALHADOR	LAISA SILVA MAIA ALIVA
94	TRABALHADOR	JULIA RIBEIRO LAMARDO
95	TRABALHADOR	LUIZ EDUARDO RODRIGUES NOVAES
96	TRABALHADOR	RAFAELLA FERACI DE ALMEIDA
97	TRABALHADOR	KAROLINE DOS SANTOS GERMANO
98	TRABALHADOR	FERNANDA ARAUJO DE ALMEIDA
99	TRABALHADOR	RAFAEL VIEIRA ROSSI
100	TRABALHADOR	PAULO ROBERTO SPINA
101	TRABALHADOR	SILAS LAURIANO NETO
102	TRABALHADOR	ISABEL CRISTINA LOPES

103	TRABALHADOR	EVALDO SHINJI KUNIYOSHI
104	TRABALHADOR	STEFFANI GOMES DE PAULA
105	TRABALHADOR	MARIA HELENA DA SILVA RAMALHO
106	TRABALHADOR	MARIA HELENA CONDOTO
107	TRABALHADOR	MARCIA DE OLIVEIRA NOVAES
108	TRABALHADOR	JOSIANE DE FATIMA SIQUEIRA BENEDINI
109	TRABALHADOR	EDSON DOS NASCIMENTO GOMES
110	TRABALHADOR	RICARDO SANTOS
111	TRABALHADOR	FABIANO DE OLIVEIRA SOARES
112	TRABALHADOR	RODRIGO BERTELLI BARRETTO LOURENÇO
113	TRABALHADOR	ARIADNE BENETOM DE CAMPOS
114	TRABALHADOR	LEANDRO VALQUER JUSTINO LEITE DE OLIVEIRA
115	TRABALHADOR	DIVA PEKUR
116	TRABALHADOR	VALTER MARTINS
117	TRABALHADOR	ROSEMEIRE SANTOS SOARES
118	TRABALHADOR	MONICA SABEC
119	TRABALHADOR	EDILENE FERREIRA SANTOS DE OLIVEIRA
120	TRABALHADOR	ELAINE DIAS VASCONCELOS

121	GESTOR	MARA ISA DE VASCONCELOS CORACINI
122	GESTOR	MOACYR MINIUSSI BERTOLINO NETO
123	GESTOR	ANDERSON DALCIN
124	GESTOR	SILVANA REIS VICENTIN
125	GESTOR	REBEKA FRANCHINI
126	GESTOR	MARCELLE FRANZINI DIAS RODRIGUES RÉ
127	GESTOR	JOÃO FÁBIO PASSOS BRAGA
128	GESTOR	CRISTIANE ALVES FERREIRA
129	GESTOR	FABIO SOUZA DOS SANTOS
130	GESTOR	MIRIAM DA SILVA OLIVEIRA
131	GESTOR	JOSIANE ROSA SANTANA
132	GESTOR	JONATAS DANIEL POZZO LEITE
133	GESTOR	MARISA FERREIRA DE OLIVEIRA CARDOSO
134	GESTOR	RITA DE CASSIA BATISTA
135	GESTOR	KELLY CRISTINA LOPES LUNA
136	GESTOR	CRISTIANE RAMOS DE MATOS MARÇAL
137	GESTOR	ROBERTA NIDIA SESSA FREDERICO
138	GESTOR	RAQUEL DO LAGO FAVARO
139	GESTOR	MARTHA PESSOA FIGUEIREDO
140	GESTOR	SIMONE MATIAS SILVA
141	GESTOR	ALINE ROBERTA DA SILVA
142	GESTOR	DENISE DOS SANTOS

143	GESTOR	ANDRÉ SILVA CONTRUCCI
144	GESTOR	MARILDA SILVA TORMENTA
145	GESTOR	LUCAS DE OLIVEIRA HORTENCIO
146	GESTOR	VANESSA ANDRADE CALDEIRA
147	GESTOR	KATIA MUNIZ AMIRATI
148	GESTOR	KATIA VOLPI GUIMARÃES
149	GESTOR	PATRICIA GARCIA DE SOUZA
150	GESTOR	MARCELO MONTEIRO PINTO
151	GESTOR	GABRIELA ORTALE SILVA
152	GESTOR	CECILIA DAS NEVES DE ASSUMPÇÃO
153	GESTOR	MARCONE JOSÉ DAS NEVES
154	GESTOR	RAFAEL MORGANTI PINHEIRO
155	GESTOR	KATIA CELINA GONÇALVES RAMOS
156	GESTOR	VANESSA APARECIDA DA SILVA SOUZA
157	GESTOR	FABIO HENRIQUE SALLES
158	GESTOR	WAGNER HIDEKI LOURENÇO E LAGUNA
159	GESTOR	DOMINGOS DARIO SILVA DE SÁ
160	GESTOR	MARIANE MOYSES DE QUEIROZ ALVES

### ANEXO III - LISTA DE SIGLAS E TERMOS

4ª CMSM - IV Conferência Municipal de Saúde Mental – Intersetorial.

AB - Atenção Básica de Saúde

AD - Álcool e outras Drogas.

APS - Atenção Primária à Saúde

ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde.

APD - Programa Acompanhante da Saúde da Pessoa com Deficiência

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes. Parâmetro: Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes. Parâmetro: Municípios ou regiões com população acima de 15 mil habitantes.

CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes. Parâmetro: Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e Ministério da Saúde/Conselho Nacional de acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. Parâmetro: Municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. Parâmetro: Municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

CAPS IJ - Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psi-

coativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. Parâmetro: Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

CDPD - Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência.

CECCO - Centro de Convivência e Cooperativa

CER - Centro Especializado em Reabilitação

CEERT - Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades.

CEFOR - Centro de Formação

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CIDH - Corte Interamericana de Direitos Humanos da ONU.

CMES - Cadastro Municipal de Estabelecimentos de Saúde

CND - Commission on Narcotic Drugs. Comissão de Entorpecentes

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CnR - Consultório na Rua.

CnRUA - Consultório na Rua

CNR - Consultório na Rua

CNS - Conselho Nacional de Saúde.

CONAD - Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.

COVID-19 - Doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2.

CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito.

CPN - Centro de Práticas Naturais

CT - Comunidades Terapêuticas.

CRST - Coordenação Regional da Saúde do Trabalhador

DSS - Determinantes Sociais de Saúde.

EC - Emenda Constitucional

EC 95 - Emenda Constitucional no 95/2016.

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente.

EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAESM - Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental.

EPS - Educação Permanente em Saúde.

ESF - Estratégia Saúde da Família

FASM - Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial.

FNS - Fundo Nacional de Saúde.

GAM - Guia da Gestão Autônoma da Medicação.

GEDEP - Gerência de Desenvolvimento Profissional

HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

HP - Hospital Psiquiátrico.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

LBI - Lei Brasileira de Inclusão, Lei Federal no 13.146/2015.

LGBTQIAP+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Queers, Intersexos, Assexuais, Pansexuais

LGBTI+ Lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, intersexos e outros. Sigla adotada no relatório do Observatório de Mortes Violentas de LGBTI+ no Brasil.

MNLA - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial.

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde.

ONU - Organização das Nações Unidas.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde.

OS - Organizações Sociais.

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

PAI - Programa de Atendimento ao Idoso

PEC - Projeto de Emenda Constitucional

PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.

Pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental. Termo adotado na Portaria GM/MS no 3.088/2011.

Pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Termo do Relatório de Gestão 2011-2015: Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial.

PNASH/Psiquiatria - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria.

PNSMAD - Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

População em Situação de Rua. Termo atual adotado pelo Movimento Nacional de População em Situação de Rua.

PÓT - Programa Operação Trabalho

PRH - Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS.

PRONACOOP SOCIAL - Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social.

PVC - Programa de Volta para Casa.

PTs - Projetos Terapêuticos Singulares

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RD - Redução de Danos.

Renila – Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomia

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira.

RUE – Rede de Urgência e Emergência.

SAE - Serviço de Atenção Especializada

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESMTS - Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho

SHR - Serviço Hospitalar de Referência em Hospitais Gerais.

SMS - Secretaria Municipal da Saúde

SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SISAN - Sistema nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SRT- Serviço Residencial Terapêutico.

STS - Supervisão Técnica de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UA - Unidade de Acolhimento.

UAA - Unidade de Acolhimento Adulto

UAI - Unidade de Acolhimento Infantil

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime.

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

Usuários e usuárias - denominação para designar usuários e usuárias do SUS e adotada pela RPB e pela Luta Antimanicomial.

## **10 - LISTA DOS INTEGRANTES DAS COMISSÕES E CONVIDADOS COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO E HOMOLOGAÇÃO**

Cirlene Souza Machado - coordenadora  
Albertina Souza Ribeiro Justino - coordenadora adjunta  
Marcionília Nunes de Lima  
Pamella de Freitas Saião Scafura  
Patrícia Perez e Silva de Freitas  
Alexander de Carlo Freitas Navarro  
Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira  
Marilda Silva Tormenta  
Natalices Aleixo Santos  
Roberto Costa Ferreira

## **COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO DE MOBILIZAÇÃO**

Elza das Graças Calixto Lima - coordenadora  
Mário Francisco França da Silva - coordenador adjunto  
Patrícia Perez e Silva de Freitas  
Alexander de Carlo Freitas Navarro  
Adilson Gonçalves da Silva  
Fabio Henrique Salles

## **COMISSÃO DE INFRAESTRUTURA**

Pamella de Freitas Saião Scafura - coordenadora  
Patrícia Perez e Silva de Freitas - coordenadora adjunta  
Marcionília Nunes de Lima  
Albertina Souza Ribeiro Justino  
Alexander de Carlo Freitas Navarro  
Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira  
Fabio Henrique Salles  
Wagner Hideko Lourenço e Laguna

## COMISSÃO DE RELATORIA

Alexander de Carlo Freitas Navarro – coordenador  
Patrícia Perez e Silva de Freitas – coordenadora adjunta  
Adilson Gonçalves da Silva  
Elaine Dias de Vasconcelos  
Harete Vianna Moreno  
José Carlos R. Gimenes  
Maria Auxiliadora Chaves da Silva  
Maria do Carmo Sales Monteiro  
Maria de Fátima Alves Marta  
Paula Campi Locatelli de Almeida  
Paula Pavan Antonio  
Roberto Costa Ferreira  
Vita Aguiar de Oliveira  
Wagner Hideko Lourenço e Laguna