



8 a 12 de outubro de 2005
São Paulo / SP

RELATÓRIO FINAL

VI ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

São Paulo – SP
8 a 12 de outubro de 2005

Organizado por:

**Fórum Paulista de Luta Antimanicomial - SP
Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial / RJ**

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

REGIMENTO INTERNO

INTRODUÇÃO

Autonomia do Movimento: um olhar crítico sobre a Reforma Psiquiátrica

1. Atenção Básica
2. Residências Terapêuticas e Moradia
3. Hospitais Psiquiátricos
4. Trabalho e Geração de Renda
5. CAPS
6. Centros de Convivência
7. Atenção à Infância e Adolescência
8. Atenção à Dependência de Álcool e Drogas
9. Saúde Mental no Hospital Geral
10. Saúde Mental e Justiça
11. População em Situação de Rua
12. Benefícios Sociais
13. Teatro do Oprimido

Fortalecendo Ideais: estratégias para uma sociedade sem manicômios

1. Legislação e Financiamento
2. Formação
3. Direitos Humanos, Inclusão e Intersetorialidade

Revedo Práticas: somos todos antimanicomiais

1. Comunicação e Publicidade
2. Denúncias e Defesa de Direitos
3. Financiamento e Captação de Recursos
4. Instâncias Organizativas e Deliberativas do MLA

Comissão Intersetorial de Saúde Mental

Anexos:

Denúncias e Contra Exemplos

Moções Aprovadas

Comissão Organizadora

Programação do VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

Apresentação

Regimento Interno

Introdução

“AUTONOMIA DO MOVIMENTO: UM OLHAR CRÍTICO SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA”

GT 1 - Atenção Básica à Saúde

Coordenador: Antônio Lancetti

Relator: Geraldo e Mariana

1. Promover a discussão sobre saúde mental e atenção básica através de fóruns e conferências regionais, municipais, estaduais e nacional de saúde mental.
2. O MLA deve promover discussão em relação aos atendimentos de saúde mental na atenção básica.
3. Promover a interação entre os diversos serviços de saúde e saúde mental, trabalhando em conjunto e colaboração.
4. Necessidade de financiamento para a expansão da rede de atenção em saúde mental dentro da atenção básica em saúde. Deve haver uma discussão dentro da sociedade sobre como será usada a verba para a saúde, com base na lei de responsabilidade fiscal e nos conselhos municipais e estaduais de saúde.
5. Comprometimento do Estado com a saúde mental através de parcerias e convênios com ONGs, universidades em geral, etc.
6. Aprimorar a atenção básica em saúde mental através de:
 - capacitação das equipes
 - contratação de profissionais de saúde mental através de concursos públicos
 - discussão com universidades, atuando na formação dos futuros profissionais e favorecendo estágios e pesquisas
 - melhoria das condições de trabalho do profissional de saúde mental

7. Reconhecer a responsabilidade de cada instância (família, sociedade e estado) na promoção da saúde mental, pois todos têm responsabilidade no processo.
8. Utilizar a mídia para propagar as idéias antimanicomiais e a necessidade de investimento no setor.
9. Insistir no aumento de financiamento para a saúde mental, reinventando possibilidades e maneiras de sensibilizar os gestores e a sociedade como um todo para essa questão.

GT 2 - Residências Terapêuticas e Moradia

Coordenador: Dirce Cordeiro

Relator: Eduardo Mourão

1. Não deve haver um modelo único de residência, pois cada lugar e demanda é diferente e deve ser considerado.
2. As residências terapêuticas devem ter um caráter de casa (esfera privada) e não de serviço (esfera pública). Assim, práticas que tem a ver com os modelos de gestão como assembleias, regras impostas por gestores, etc, devem ser evitadas.
3. Criar diferentes estratégias de preparar a comunidade para receber as residências terapêuticas e discutir os problemas de saúde mental.
4. Questionar os conceitos de normalidade nos vários jeitos de morar evitando um “modelo de morar normal”.
5. Mobilizar todos os benefícios que o morador tem direito (pensões, LOAS, de volta para casa) como forma de poder contratual na comunidade.
6. Exigir a documentação civil para usuários que estão há muito tempo em hospitais psiquiátricos, comprometendo as secretarias municipal e estadual de desenvolvimento social.
7. Articular as residências terapêuticas com as demais políticas: habitação, trabalho e renda, cultura e legislação, assim como outros movimentos sociais como moradores sem-teto, MST, etc.

8. A política de saúde mental não deve pautar-se apenas por um programa de financiamento. É fundamental a discussão da cultura, da subjetividade, da qualidade de vida e da apropriação dos espaços.
9. O MLA deve manter-se crítico: precisamos cobrar e pressionar o governo em todas as instâncias.
10. O MLA deve levar sua discussão para as universidades e ensino médio.
11. O MLA deve articular-se com a política de assistência ao idoso, deficientes e de assistência social, questionando modelos institucionais fechados, buscando modelos adequados a esses grupos sociais.
12. As Residências Terapêuticas não podem ser construídas em hospitais psiquiátricos.
13. Criar e ampliar o número de residências terapêuticas em todos os municípios onde for necessário.

GT 3 - Hospitais Psiquiátricos

Coordenadora: Estela Mara Rabelo

Relatora: Rosa Domeni dos Santos

Estamos aqui para falar de Hospitais não porque acreditamos que estes sejam equipamentos ideais para tratamento. Pelo contrário, nossos anos de luta antimanicomial já explicitaram inúmeros dados que os desabonam como equipamento de saúde mental e reafirmaram, tantas vezes, seu caráter gerador de doenças. Contudo, discutimos neste grupo porque esses equipamentos ainda existem como referência de tratamento em nosso país, como pudemos constatar na apresentação do panorama de atenção em saúde mental pelos estados presentes neste encontro. Discutimos ainda porque muitos equipamentos ditos substitutivos mudam o nome, porém continuam a perpetuar a lógica do manicômio.

Nossas questões são: o que faz com que esses hospitais ainda existam, visto que temos uma legislação que prioriza o tratamento em serviços substitutivos e pretende promover a desativação dos chamados manicômios? Quais as estratégias que o MLA tem utilizado para que os manicômios deixem de existir?

Quais as estratégias que o MLA deve priorizar para completa desativação desses equipamentos? E de que forma deve ser essa desativação?

1. Dada a importância da participação dos familiares no tratamento, é preciso:
 - Aproximar e acolher as famílias
 - Informar que existem outros serviços e encaminhar
 - Atender família nos serviços substitutivos
 - Preparar a família para a alta do paciente e sua permanência em casa, bem como a continuidade do tratamento fora do hospital
2. Proporcionar formação antimanicomial nos currículos acadêmicos e estágio nos serviços abertos de tratamento em saúde mental.
3. Todos os cursos profissionais para atuar na área de saúde devem contemplar o paradigma antimanicomial.
4. É preciso, a partir dos serviços, promover qualificação dos trabalhadores de Saúde Mental em todos os níveis.
5. Marcar Audiências com o Poder Público para colocar as propostas antimanicomiais.

GT 4 - Trabalho e Geração de Renda

Coordenador: Iracema V. Polidoro

Relatores: Renata Leonardo de Sá

Sandra R. Mascaro

1. Implantar as diretrizes apontadas pela Lei Estadual 4323 do Rio de Janeiro, criada pelo Núcleo de Saúde Mental e Trabalho do Rio de Janeiro (NUSAMT), nos outros estados, visando torná-la Lei Nacional.
2. Fortalecer as Associações de Familiares e Usuários, gerando autonomia das mesmas.
3. Aumento da iniciativa do usuário no que diz respeito aos Projetos de Trabalho e Geração de Renda.

4. Promover divulgação na mídia sobre transtornos mentais, visando minimizar o preconceito em empregar usuários de saúde mental.
5. Criação de Cooperativas mistas fora do espaço institucional para funcionar como um agente facilitador na articulação com a rede intersetorial.
6. Que os gestores se empenhem mais com as Oficinas de Geração de Renda.
7. A política nacional de saúde mental referente às estratégias e proposta de geração de renda deve ser discutida no contexto mais amplo e democrático das conferências de saúde mental (municipais, estaduais e nacional), sempre tendo em vista a integralidade, a intersetorialidade e a participação obrigatória de usuários e familiares (conforme previsto nas leis 8080 e 8142 do SUS).

GT 5 - CAPS

Coordenador: Yanina

Relator: Sebá e Priscila

Os CAPS devem ser equipamentos que compõe uma rede com outros serviços e estratégias de desinstitucionalização. A postura atual do Ministério da Saúde é de isolar os familiares e os usuários da discussão sobre a natureza e a construção dos CAPS.

1. Superar o modelo baseado em ações que incidem exclusivamente sobre a crise, favorecendo outro que favoreça a expressão da subjetividade e a prevenção dos agravos ocasionados por problemas sociais.
2. O CAPS, inserido numa rede social e de serviços, deve contribuir para redefinir papéis e valores da sociedade e cultura.
3. Criar Colegiados de Políticas de Atenção Psicossocial, que servirá como consultor e fiscalizador da rede de atenção em saúde mental.
4. Maior participação de familiares e usuários nas discussões de criação dos CAPS para que se evite o risco de fragmentação e centralização nesta formação.

5. Otimizar a formação dos profissionais da área através de capacitação que permita conhecer a realidade da demanda e aumentar, assim, a articulação com a comunidade.
6. Rever a lógica do sistema de financiamento para serviços de saúde, portaria 189, que prevê verbas diretamente proporcionais ao número de atendimentos. Entendemos que o objetivo principal é a qualidade do atendimento e não a quantidade de procedimentos.

GT 6 - Centros de Convivência

Coordenador: Isabel Cristina Lopes

Relator: Pedro Gava

Tendo em vista que centro de convivência não é uma prática adotada por todos os estados, é necessário fazer um levantamento para saber quais estados funcionam com esse dispositivo dentro da rede de saúde, a quem se destina, que profissionais estão envolvidos, os locais em que funcionam e seus objetivos.

1. É preciso difundir a especificidade dos Centros de Convivência na Atenção à Saúde para todo o território nacional.
2. O Centro de Convivência deve ser um espaço de despertar desejos, provocar encontros, procurar sentidos e possibilitar novos lugares existenciais para todas as pessoas, independentemente de suas vulnerabilidades. Portanto um lugar não exclusivo e nem prioritário para pessoas com transtorno mental.
3. O Centro de Convivência deve fazer parte da rede antimanicomial, hoje formada quase que exclusivamente por CAPS.
4. Conquistar financiamento ministerial para o Centro de Convivência, e legitimar seu papel na construção de um novo paradigma de saúde, que entenda a convivência e o trabalho como elementos importantes ao desenvolvimento de potencialidades dos indivíduos.
5. Este serviço deve ser desenvolvido em espaços públicos, preferencialmente fora da rede de assistência à saúde, o mais abertos

possíveis, como parques, praças, centros comunitários, centros esportivos ou outros, sempre considerando a realidade territorial em seus recursos e necessidades para planejar o cotidiano.

6. Que os Centros de Convivência tenham a característica intersetorial, ou seja, estejam abertos para “parceirizar” com outras secretarias, ONGs, associações e universidades.
7. Os CECCOS devem se organizar em equipe multidisciplinar, envolvendo profissionais de saúde, cultura, esportes, educação, jornalistas, administradores entre outros, que tenham no vínculo sua maior ferramenta.
8. É de fundamental importância a formação continuada dos profissionais, com a garantia do gestor local deste serviço para um olhar diferenciado no fazer saúde, com compromisso cultural, ambiental e de trabalho.
9. Os CECCOS devem ter como característica o incentivo à gestão compartilhada, através de conselhos gestores.
10. O VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial deve solicitar audiência com o Ministro da Saúde com intuito de negociar que a portaria dos Centros de Convivências seja oficializada como uma política pública na construção da rede de atenção.
11. Este serviço deve propor não só a convivência, mas que a discussão abranja o mundo do trabalho, possibilitando: ampliar laços de amizade, conscientizando-os como sujeitos produtores, de maneira a facilitar o surgimento de indivíduos criativos e capazes de se organizarem em empreendimentos de trabalhos solidários.
12. Ressaltamos que a criação deste serviço no território nacional vai ao encontro do que prega o movimento da luta antimanicomial, ou seja, de enfrentamento às várias modalidades de instituições totais: asilos, FEBEMs, prisões, hospícios... Promovendo espaços de ressignificação, de criação e de produção de sentido, proporcionando novos modos de estar no mundo, para qualquer pessoa.

GT 7 – Atenção à Infância e Adolescência

Coordenador. Márcia Ramos

Relator: Thais Garrafa

Considerou-se que não há um diagnóstico amplo e representativo do território nacional, mas que a partir da discussão e experiência dos participantes do grupo é possível apresentar as propostas que se seguem.

1. Ações intersetoriais integradas.
2. Efetivação do ECA.
3. Trabalho em rede.
4. Acolhimento universal: legitimar a procura e favorecer o encontro do serviço mais adequado.
5. Porta de entrada prioritária: atenção básica (UBS's).

Para tanto, são necessárias as seguintes considerações sobre a Rede de Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes:

A) Atenção Básica como porta de entrada prioritária.

- ações de atenção que levem em conta:
 - 1) violência doméstica;
 - 2) criança e adolescente em situação de risco;
 - 3) violência sexual;
 - 4) gravidez;
 - 5) prevenção de deficiências / atenção pré-natal
 - 6) atenção ao desenvolvimento neuropsicomotor nos primeiros anos de vida;
 - 7) uso e abuso de drogas;
 - 8) adolescentes em conflito com a lei;
 - 9) queixas escolares (problematização, despatologização, interface com a educação)

- meios de efetivação:
 - 1) formação profissional;
 - 2) fortalecimento da intersectorialidade (conselhos tutelares, vara da infância e da juventude, educação, assistência social, esporte e cultura);

- 3) formação da rede;
- 4) fóruns locais intersetoriais e redes de proteção – promoção da discussão no território.
- 5) fortalecimento dos movimentos sociais.

B) CAPSi voltado para:

- 1) transtornos mentais severos;
- 2) situações de risco para si e para o entorno.

C) Criação de dispositivos de atenção à criança e ao adolescente com transtornos mentais e deficiências associadas que necessitem de cuidados diários.

D) Criação de programas de atendimento às crianças/adolescentes graves que necessitam de atendimento intensivo e que não têm acesso à assistência quando completam 18 anos.

GT8 - Atenção em Álcool e outras Drogas

Coordenador: Myrna Coelho

Relator: José Ricardo

Tendo em vista o panorama do abuso de drogas hoje, é possível detectar sua íntima relação com a perspectiva da política social e econômica contemporânea. Existe uma violência crescente, uma falta de perspectivas e de mudança da situação social, o grande desenvolvimento da indústria farmacêutica nas últimas décadas, a exaltação ao discurso cientificista que propõe tratamentos através de medicação, a cultura do prazer imediato e da fuga da realidade, etc., contribuem para que o abuso de drogas seja um sintoma da sociedade globalizada e imediatista.

1. Promover aproximação dos usuários dos serviços de atenção ao abuso de drogas e comunidade afim ao Movimento da Luta Antimanicomial e ao Controle Social.

2. Trabalhar o imaginário social no que diz respeito à ligação usuário de drogas X violência e marginalidade, para não reforçar o preconceito.
3. Incentivar a discussão relacionada à atenção ao abuso de drogas, trabalhando contra o discurso moralizante e repressor que impede o aprofundamento da questão.
4. Promover discussão sobre redução de danos no âmbito da formação dos profissionais da rede.
5. Ampliar ações preventivas, criticando o modelo atual de prevenção voltado à repressão, que reforça o preconceito, e buscando um modelo de prevenção primária mais eficaz (novas estratégias educativas).
6. Articular a discussão com a Justiça, a polícia e outros órgãos afins, repensando os modelos de pena alternativa com relação ao tempo de tratamento para usuários de substâncias psicoativas ilegais.
7. Quando das discussões sobre o tema, considerar as particularidades do contexto brasileiro de intervenção, valorizando-os em relação aos modelos importados.
8. Denunciar que os modelos de repressão ao consumo e tráfico são diferentes de acordo com as classes sociais.
9. Necessidade de ampliação na rede de atenção ao abuso de drogas substitutiva ao hospital psiquiátrico e clínicas de recuperação.
10. Ampliar a discussão a respeito da “porta de entrada” para abusadores de substâncias psicoativas em todos os pontos da rede de saúde, pensando no funcionamento de cada equipamento e buscando um fluxo mais uniforme.
11. O repasse de verba do Ministério da Saúde via Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC (forma de financiamento) deve ser repensado, pois muitas vezes não corresponde às necessidades institucionais.
12. Denunciar a ambigüidade na postura governamental, que apóia financeiramente instituições que têm uma perspectiva moralista e punitiva a respeito do uso e abuso de drogas, embora adote o discurso da política de redução de danos.

GT9 – Saúde Mental no Hospital Geral

Coordenador: Nacile Daud Jr.

Relator: Jeferson

As propostas aqui discutidas servem para todas as pessoas envolvidas no contexto do Hospital Geral, assim como todas as instâncias que operem no modelo de instituição total.

1. Pelo fim das Relações de Poder e de Onipotência entre todos os envolvidos no processo da saúde mental em hospital geral, pois até que ponto as relações no Hospital Geral reproduzem o modelo manicomial?
2. Qual o papel do Hospital Geral dentro do serviços substitutivos? Garantir o trânsito das subjetividades? Por que nega?
3. Os Hospitais Gerais em saúde mental são referência para quê dentro da rede? Crise? Emergências? E os casos clínicos desses usuários?
4. A resolutividade do Hospital Geral em saúde mental está condicionada à organização e à resolutividade da rede substitutiva.
5. Apropriação dos serviços de saúde do SUS em relação à saúde mental como estratégia para minimizar o preconceito e o estigma, emanados também de lugares específicos para os usuários, como por exemplo, o Hospital Geral.
6. Discutir na radicalidade necessária os dispositivos que operam sob a lógica antimanicomial na rede substitutiva, pois: há a necessidade de saúde mental em Hospital Geral onde há Caps III? Ou além do Caps III há a necessidade de um serviço como retaguarda para alguns casos? Qual?
7. Sendo o Hospital Geral como possibilidade, qual seria o diferencial no atendimento em saúde mental em hospital geral que seja efetivamente antimanicomial?
 - 7.1 Inserir o Hospital Geral na **Rede de Atenção à Saúde**, de forma **territorializada**, através dos Distritos de Saúde. A territorialização submete o Hospital Geral às características culturais e sócio-econômicas da população de sua área de abrangência. Por outro lado,

a participação na Rede **submete o Hospital Geral aos mecanismos regulatórios dos outros serviços** de atenção que compõe a Rede tais como: Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios de especialidades, unidades de convivência terapêutica intensiva (em regime de hospitalidade diurna), centros de convivência e cooperativas, centros de referência em saúde do trabalhador, programas de atendimento domiciliar, programas de educação popular em saúde entre outros. O **Hospital Geral deixa de ser o centro e o topo da rede** para ser mais um integrante, cujo poder é igual ao dos outros serviços, submetendo-os mutuamente à avaliação crítica de suas práticas, em função do sistema de referência e contra-referência.

7.2 Estabelecer um “**porosidade**” entre instituição e território, entre Hospital e Comunidade, de tal forma que a população tenha acesso permanente aos espaços de realização das práticas do Hospital. Permite assim a **co-responsabilidade** nos cuidados aos que sofrem. Ao mesmo tempo usuários e técnicos, mesmo em regime de internação também passam a desenvolver atividades na comunidade. O resultado é uma **transparência absoluta nas práticas** desenvolvidas pelo HG.

7.3 Romper com a hegemonia do saber médico, possibilitando a **horizontalidade dos saberes** e a inclusão de outros olhares geralmente excluídos (psicologia, sociologia, antropologia, pedagogia, entre outros). Neste sentido possibilita-se a resignificação dos sofrimentos (“mentais” e “físicos”), como expressões de um todo existencial, social e realmente humano. As equipes interdisciplinares deverão ser incluídas em todos os âmbitos de cuidados do Hospital Geral, não limitando-se apenas à saúde mental. Essas equipes devem ser capazes de interagir e legitimar os saberes populares acumulados pelos usuários.

7.4 Criar espaços de convivência e de intersubjetivação entre os usuários, e destes com a equipe técnica, no ambiente do HG. Estes espaços devem ser espaços de sociabilização e de reflexão crítica e coletiva sobre as vivências atuais e suas relações com o processo histórico dos indivíduos e seus grupos; possibilitando uma participação ativa no processo terapêutico e nos processos sociais e políticos que pertencem ao fenômeno do sofrimento.

- 7.5 Instituir como direito universal a presença 24 horas por dia de acompanhantes (pessoas de confiança e de escolha dos usuários) que, por sua vez, também participem de todos os momentos do processo terapêutico, em regime de internação. Esta presença do acompanhante 24 horas por dia, com as características acima descritas, possibilita o aumento do poder de contratualidade do usuário na relação institucional.
8. A contra referência pode ser realizada através da discussão interdisciplinar junto aos serviços envolvidos – articuladores em saúde mental.
9. Formação (acadêmica, social, política entre outras) que implique a ruptura com o modelo manicomial, permitindo a implementação do modelo de atenção Psicossocial e a democratização do Hospital Geral, com o objetivo de garantir o trânsito das subjetividades.

GT10 - Saúde Mental e Justiça

Coordenação: Ana Carla Silva (RJ)

Relatoria: Evanilde Gomes da Cruz (Eva) (São Vicente/SP) e José Souza de Paula (RJ)

O grupo refletiu sobre os parâmetros da justiça do ponto de vista da discussão da igualdade, num país de práticas marcadas pela desigualdade de grupos sociais, pois a Justiça ainda é centrada no modelo da exclusão e higienização social, realidade que agrava o desamparo da pessoa com transtorno mental e sua família.

Historicamente, o usuário de saúde mental tem seus direitos violados, o que compromete sua autonomia e a responsabilização por sua própria existência, que se confirma na vivência cotidiana dos serviços substitutivos.

A banalização da interdição judicial é uma grande violência com as pessoas em tratamento psiquiátrico, pois para ter acesso a alguns benefícios sociais torna-se obrigatória sua interdição. Ao mesmo tempo, a proposição de interdição deve ser avaliada caso a caso, atendendo à realidade da pessoa

com transtorno mental, suas necessidades e a presença ou não de uma rede de amparo social, independente da família.

1. Caso haja necessidade de interdição, esta deve ser parcial e não total, devendo haver a fiscalização do curador pelo Estado, como garantia de cuidado.
2. Os serviços de saúde mental, comprometidos com a Reforma Psiquiátrica, devem criar recursos de amparo jurídico em defesa da cidadania e autonomia do usuário, construindo novas relações sociais no seu território, fortalecendo parcerias com instituições tais como OAB, Associações de Moradores, Associação de usuários, entre outras.
3. Os serviços da rede de atenção em saúde mental no território devem estar atentos às questões do abuso da autoridade jurídica em situações de mulheres com transtorno mental que perdem a guarda de seus filhos devido a esta condição, promovendo discussão com a Promotoria da Infância e Juventude, Conselhos Tutelares etc., criando-se uma rede de cuidadores comprometidos com políticas de proteção à família.
4. A clientela com Medida de Segurança dos Manicômios Judiciários/Casas de Custódia deve ser favorecida com os recursos de desinstitucionalização propostos no campo da Reforma Psiquiátrica (por exemplo, O Programa de Volta para Casa, as Residências Terapêuticas, a atenção territorial em CAPS); fazendo com que seja garantida a cobertura pelo SUS da assistência em saúde mental, como previsto pela Lei 10.216.
5. Que o poder judiciário utilize sua equipe interdisciplinar para avaliar a necessidade do tratamento para pessoas com problemas de dependência química antes de encaminhá-las para o serviço de competência – CAPSad.
6. Garantir a qualidade na assistência, com discussão do gestor e da equipe técnica na desinstitucionalização de pacientes moradores de Hospitais Psiquiátricos, não limitando tal prática à mera desospitalização.

GT11 - População em situação de rua

Coordenador: Marta/Vilma

Relator: Julio Otero e Graça

1. Promover um entendimento sobre a questão da geração de renda, considerando as características específicas da população em situação de rua com transtorno mental, desenvolvendo programas e frentes que tenham como características a flexibilidade e o respeito às particularidades nas relações de trabalho.
2. Fortalecer e implementar políticas públicas intersetoriais envolvendo a assistência social, a saúde, a educação, a habitação, a cultura, o esporte e o lazer.
3. Estabelecer uma rede de comunicação forte e desenvolvida com todos os atores sociais, na busca de ações conjuntas.
4. Defender e fortalecer ações em nível primário, preventivo.

G12 - Benefícios Sociais

Coordenador: Maria das Graças (ES)

Relator: Esther (RJ)

1. Desvincular a concessão do benefício à renda *per capita* familiar.
2. Desburocratizar os serviços que concedem os benefícios, garantindo-os a quem tem necessidade.
3. Estudar sobre a necessidade de reconhecer legalmente a incapacidade parcial.
4. Ao MLA, em conjunto com outros movimentos, associações e controle social, cabe acompanhar e fiscalizar os órgãos gestores públicos responsáveis por este serviço.

GT13 - Teatro do Oprimido

Coordenador: Cláudia

Relator: Fábio Pires

Proposta

1. Que o teatro seja sempre utilizado nos espaços de atenção a saúde mental, focado em suas diversas possibilidades.
2. Que o teatro seja utilizado como entretenimento, forma de inclusão social, mediador de transformações, favorecendo novas formas de se lidar com o preconceito e desmistificar a loucura.
3. Que o teatro seja um trabalho terapêutico e, ao mesmo tempo, possa ser gerador de renda.
4. Que o teatro possa ter também como objetivo esclarecer temas ligados ao cotidiano das relações (como o uso de medicação, sexualidade, DSTs), sendo multiplicador de informações numa outra forma de comunicação.
5. Que a arte seja usada como uma estratégia de buscar a autonomia e protagonismo social, alternativa à lógica manicomial.

“Fortalecendo Ideais: estratégias para uma sociedade sem manicômios”

Grupo Temático - Legislação e Financiamento

Coordenadora: Florianita e Fernando Goulart

Relatores: Márcia Schmidt e Júlio Otero

1. A Legislação do CAPS III está desconectada com a realidade; cinco leitos/noite são insuficientes para a demanda; há inflexibilidade nos números de atendimentos dos tipos não-intensivos, semi-intensivos e intensivos; os serviços atendem mais pessoas em relação ao que é determinado pelas portarias e não faturam por isso.

Proposta: Que a demanda clínica da população determine a formulação das portarias. (Por exemplo, que seja dado um tempo suficiente para cada leito-noite e seja feita uma avaliação contínua da mesma).

2. O sistema americano de classificação de doenças DSM/IV – que regulamenta o Sistema Internacional de Doenças CID-10 – está sendo considerado inconsistente e está sob moratória. Entretanto, as portarias que versam sobre financiamento das ações em saúde mental, no Brasil, se utilizam deste instrumento para justificativas de liberação de recursos financeiros. Hoje, corre-se o risco, por exemplo, de que os recursos dos leitos desativados sejam reorientados para compra de psicofármacos de segunda geração, de alto custo, e não destinados aos serviços substitutivos que realizam outras ações de saúde para além da farmacoterapia.

Proposta: que a assistência baseada no modelo médico não seja priorizada; que a linguagem da Autorização de Procedimento de Alto Custo – APAC seja revista, no sentido de não se basear exclusivamente nos critérios do DSM/CID; considerar outros critérios diagnósticos e de

tratamento, a serem discutidos e elaborados em seminário futuro do MLA.

3. A rede substitutiva privilegia os CAPSs, que estão engessados pelas portarias de financiamento.

Proposta: Pensar outros modelos de financiamento (com avaliações e metas) não dependentes da produtividade; que haja um orçamento global para cada serviço da rede de saúde mental, e que o serviço determine o destino da verba; que os gestores dos serviços possam gerenciar de maneira mais autônoma os recursos a eles destinados, que muitas vezes ficam retidos nos fundos municipais e estaduais de saúde, gerando inconformidade, não atendimento da população e adoecimento da equipe.

4. A política de Reforma Psiquiátrica está baseada em modelos antigos; o modelo “CAPScêntrico” não está determinando impacto no modelo asilar e está submetido a remuneração de procedimentos e determinando o CAPS como um novo “local para o louco”, em contraposição ao hospício. Na portaria 224/92, o CAPS era apenas uma das possibilidades de atenção. Hoje, é dada ênfase excessiva à portaria 336/02, que regulamenta os CAPS.

Proposta: A rede substitutiva deve ser mais ampla; o planejamento de novos modelos deve se dar ao nível local (comunitário, distrital, municipal, estadual, etc.), pelos gestores, profissionais da rede, usuários e familiares, sendo reservado ao Governo Federal a cobrança do impacto na atenção estadual e municipal; devem ser formulados indicadores antimanicomiais; que sejam elaborados modelos diferentes para realidades epidemiológicas distintas; que seja dado um “basta aos pacotes” (políticas impostas de cima para baixo).

5. A ação do Controle Social está aquém da expectativa. O PNASH não tem tido a participação do Controle Social.

Proposta: Que o MLA implique-se no Controle Social para que esse exerça de fato o seu papel e que o PNASH seja executado com a participação do controle social.

6. A lógica capitalista que determina as ações na saúde mental é a mesma que determina as ações no SUS. O faturamento por procedimento também acontece no SUS. Cabe ao gestor buscar os recursos disponíveis no momento.

Proposta: O Movimento Social deve se manifestar contra essa lógica capitalista. O gestor, enquanto cidadão, também poderá ir contra essa lógica capitalista e discutir estratégias que não engessem o modelo.

7. A Lei 10.216 é um projeto substitutivo ao Projeto do Deputado Paulo Delgado e não aponta para a substituição do hospício; carrega a impossibilidade de pensar o modelo em função da necessidade local. Como princípio universal, a saúde mental deve estar incluída na atenção básica e não ficar restrita a um local específico de tratamento, como tem ocorrido com o CAPS.

Proposta: Que o MLA se articule com as várias instâncias de participação social no sentido de promover uma discussão crítica acerca desta lei e dos efeitos que a mesma produz no modelo substitutivo e na rede de saúde como um todo; que esta discussão suscite entendimentos que possam subsidiar a criação de uma frente parlamentar para a proposição de uma emenda constitucional à lei 10.216 que garanta a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos com prazo determinado.

Proposta 2: Ativar novos circuitos que permitam a população transitar por outros espaços/lugares e assumir novos papéis (espaços de convivência existenciais) fora do modelo assistencial, seja este CAPS ou Hospital psiquiátrico; que os serviços usem criar novos arranjos; que os princípios da convivência e do trabalho estejam juntos no mesmo espaço e que este não seja o lugar da assistência; que os centros de convivência façam parte da rede e que seja reformulada a portaria a eles referida; as propostas de trabalho e convivência não devem ser elaboradas somente no âmbito da saúde mental. Não devem ser

destinadas exclusivamente aos portadores de transtorno/sofrimento mental, mas dirigidas igualmente ao conjunto da população, através de ações combinadas entre diferentes Secretarias e/ou Ministérios (intersetorialidade).

8. O estabelecimento de parcerias entre o serviço público e o terceiro setor (ONG) deve seguir rigorosos critérios, para não acarretar o afastamento da discussão sobre a questão público/privado. Os acordos e financiamentos não podem privilegiar segmentos específicos (por exemplo, portadores de transtorno mental) em detrimento da população em geral.

Proposta: O MLA deve conectar-se com outros movimentos sociais, estabelecendo ações que gerem ganhos para toda a sociedade; os projetos devem buscar novas fontes de financiamento junto a outros Ministérios e Secretarias para além da saúde.

9. O movimento social deve ser um instrumento de pressão sobre os gestores, indo contra toda e qualquer proposta de reforma psiquiátrica que não contemple a implantação de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, a criação de lares para pacientes há longo tempo internados e a redução de leitos hospitalares.

Proposta: que o MLA realize um seminário para aprofundar a discussão de novas formas de financiamento para ações no campo da saúde mental e para proposição de indicadores qualitativos para avaliação das ações desenvolvidas na rede substitutiva de atenção em saúde mental; que no VI Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial seja elaborada a "Carta de São Paulo" - com o estabelecimento de novos eixos políticos para a Reforma Psiquiátrica e o Movimento - a ser entregue em audiência no Ministério da Saúde, por uma comissão de representantes dos estados presentes neste Encontro e a sociedade em geral; que o MLA pressione e exija a criação e implantação de Comissões municipais e estaduais de reforma psiquiátrica, com efetiva participação de usuários, familiares e trabalhadores e que não tenham caráter de câmaras técnicas.

Grupo Temático - Formação

Coordenadores: Ianni Scarcelli (SP) e Paulo Amarante (RJ)

Relatores: Alice Bottaro (MT), Cristina Paschoal (SP), Tamazy Ogino (SC)

1. Formação é tema fundamental que deve ser ampliado pelo Movimento. Deve ser considerado não apenas do ponto de vista de modelos de atenção. Deve-se fazer uma discussão que resgate a invenção da relação loucura X sociedade X cultura e os aspectos da legislação. Este aspecto da formação não tem sido tratado adequadamente nem pelo MS nem pelas instituições formadoras.
2. Como estratégia inovadora, o MLA deve construir redes substitutivas de formação. Estas redes significam, ao mesmo tempo, construção de um conjunto de novas estratégias de formação e de novas formas de articulação entre os atores envolvidos nessa rede.
3. Que a formação supere o modelo biomédico, centralizado na doença que objetifica a pessoa, implicando uma mudança de mentalidade do lugar social da loucura, com a possibilidade de se ter um saber construído na prática do cotidiano e não um saber já estabelecido que é apenas transmitido .
4. Criar novas estratégias de “invadir” o sistema de formação:
 - a) identificando as brechas, promovendo palestras nos espaços de formação;
 - b) fazendo a aproximação da universidade com outras entidades e movimentos sociais;
 - c) promovendo a aproximação dos estudantes com o MLA, de forma regionalizada e freqüente, potencializando a capacidade dos mesmos dentro do MLA, procurando envolver aqueles que se identificarem com o movimento tornando-os multiplicadores destas idéias;

- d) discutindo conteúdos para a formação em diferentes instituições (particularmente nas Universidades) fundamentados nos princípios antimanicomiais;
 - e) exigindo do poder público que inclua questões relativas aos princípios do MLA nos concursos públicos para contratação de novos profissionais, forçando as instituições de ensino a incluir o tema no seu programa de ensino.
5. Reivindicar ao poder público o financiamento das propostas de formação elaboradas a partir dos princípios antimanicomiais. Além disso, exigir financiamento dos Encontros do MLA, espaços de formação fundamentais para se pensar na prática, garantindo a autonomia do movimento.
 6. Criar estratégias para que Usuários e Familiares problematizem a questão da formação e da Rede Substitutiva em Saúde Mental.
 7. A população geral deve ser incluída na elaboração do processo de formação, para que assuma também a responsabilidade pela não continuação da lógica manicomial, não restringindo as questões da Saúde Mental apenas aos trabalhadores/usuários/familiares.
 8. Os núcleos do MLA devem criar um curso de formação política e promover palestras sobre o movimento nos espaços de formação.
 9. Elaborar cartilha sobre os princípios antimanicomiais para a formação da vida.
 10. Reivindicar aos Ministérios da Saúde e Educação que invistam em material didático sobre a reforma psiquiátrica e o MLA, e disponibilizem em todas as bibliotecas públicas. Também deverá ser negociada a inclusão de disciplinas específicas (reforma psiquiátrica, Movimento da Luta antimanicomial, Novos modelos de atenção em Saúde Mental, Políticas Públicas de Saúde) nos cursos de graduação e pós-graduação,

e nos cursos de formação em geral, tais como agentes comunitários de saúde, cursos técnicos, ensino fundamental e médio.

11. Propor mecanismos para estender aos gestores a formação em Saúde Mental.
12. O VI Encontro Nacional deve elaborar um texto que esclareça a questão da educação continuada como um saber construído e não como um saber técnico para minimizar problemas dos serviços.
13. O MLA deve estabelecer estratégias para se relacionar com as instituições formadoras de forma a possibilitar que os Estágios Supervisionados aconteçam dentro da lógica antimanicomial.
14. Defender que os espaços coletivos como este Encontro, aconteçam em intervalos regulares, de forma regionalizada e se constituam como espaço de formação.

Grupo Temático – Direitos Humanos, Inclusão e Intersectorialidade

Coordenadora: Ana Carla Silva (RJ)

Relatores: Mariane (RJ), Paulo Sérgio (RJ) e Vanderli (Londrina)

1. Contextualizar o campo da saúde mental no da saúde pública, na perspectiva de um trabalho em rede que envolva serviços da saúde e ações intersectoriais: a- fortalecendo a atenção básica como porta de entrada do SUS com maior resolutividade; b- refletindo a formação / capacitação das equipes profissionais em saúde mental; c- enfatizando e fortalecendo o papel das Unidades Básicas de Saúde, Centros de Convivência e Programas de Saúde da Família; d- avaliando o percurso do usuário de saúde mental dentro do SUS, garantindo a referência e contra-referência dentro dos serviços respeitando a realidade regional.
2. Evitar o modelo “capscêntrico”, onde o Centro de Atenção Psicossocial é responsável por todo tipo de atenção ao sofrimento mental.

3. Garantir que os serviços de saúde na comunidade trabalhem em rede com os de saúde mental, permitindo a socialização, a reinserção e a inclusão social ampla dos usuários.
4. Exigir a formação e a capacitação das equipes profissionais em toda a rede de saúde mental, ressignificando o papel de cada serviço e permitindo que esses sejam de fato espaços para assistência de transtornos mentais graves.
5. Garantir o serviço de ambulância com equipe interdisciplinar especializada para atenção a crise dos usuários de saúde mental, combatendo assim um tratamento marginal.
6. Pensar nas cooperativas sociais em saúde mental como uma forma de não reproduzir a lógica do mercado de trabalho, por exemplo, na distribuição da renda, respeitando a singularidade dos trabalhadores na execução das tarefas e não somente a produtividade. Por uma convivência mais solidária assim como na proposta da economia solidária.
7. Reivindicar junto aos Ministérios do Trabalho e da Previdência o reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho, levando em conta que ocupações repetitivas e estressantes podem desencadear ou potencializar o sofrimento psíquico, caracterizando-se acidente de trabalho, levando a possíveis indenizações e/ou relocações.
8. Que o hospital geral faça parte da rede de atenção em saúde mental, atuando na emergência do sofrimento mental no território.
9. Garantir concursos públicos na área de saúde mental, incluindo concurso para oficinairos e profissionais de outras áreas, tal como o de educação física.
10. O Controle Social deve cobrar a fiscalização do Ministério Público nas empresas que não cumprem com a lei de cotas destinadas as pessoas portadoras de deficiência mental, tal como definido em lei.
11. Garantir que seja revista a quantidade de remessa de medicamento, uma vez que a cada ano aumenta o número de usuários que dependem destes medicamentos, e essa remessa continua a mesma.
12. Combater as “práticas manicomiais” por profissionais, usuários e familiares nos serviços, associações, espaços de Controle Social e do

próprio Movimento Antimanicomial. Deve haver estímulo a fala do usuário e do familiar, considerando sua importância na construção do projeto antimanicomial.

13. Garantir aos usuários informações sobre como devem exigir seus direitos humanos, sociais, civis e políticos.
14. Articulação do Movimento da Luta Antimanicomial com outros movimentos sociais, como o estudantil, de mulheres, ecológicos, DST/AIDS, MST, Tortura Nunca Mais etc. para o fortalecimento da luta por uma sociedade antimanicomial, mais solidária e justa.
15. Pensar na construção de arranjos institucionais que favoreçam a informação e a responsabilização coletiva acerca dos modos de se relacionar com a loucura e que desperte trocas e circulação entre escolas, serviços de saúde e outros espaços da comunidade.
16. Que os serviços de saúde mental saiam dos “guetos de tratamento” para que se conviva com toda sociedade e se pense a saúde como um todo. Há, p. ex., os modelos dos Centros de Convivência, que são uma outra forma de pensar a saúde, podendo tornar-se uma política nacional.
17. Reconhecer o direito do usuário de saúde mental de viver sua vida afetiva e sexual (namorar, casar, ter filhos), contando com apoio de programas públicos, como os de DST/AIDS e Atenção à Família.
18. Delinear os parceiros na assistência em saúde mental, devendo-se definir qual a intersectorialidade que garante os direitos humanos aos usuários de saúde mental. Que esta ação não se restrinja aos CAPS e que envolvam também as Unidades Básicas de Saúde.
19. Que a Carta de Direitos e Deveres dos Usuários seja reconhecida pelo SUS.
20. Exigir no planejamento do financiamento de saúde mental uma verba garantindo que os municípios também contem com centros de convivência para toda comunidade.
21. O Movimento da Luta Antimanicomial deve pressionar os gestores públicos para que garantam, independentemente de políticas partidárias, uma política pública que assegure aos usuários de saúde mental o acesso à cultura, arte, esporte, lazer etc.

22. Capacitar os profissionais de segurança que dão apoio ao usuário em crise, como policiais, motoristas de ambulância, bombeiros, etc.
23. A luta pelos direitos humanos no campo da saúde mental deve centrar-se principalmente em ações para fora dos serviços de saúde mental, combatendo o preconceito dirigido a loucura nos diversos grupos sociais.
24. As equipes de saúde mental devem orientar aos familiares dos usuários sobre a importância de sua participação permanente no tratamento e denunciar torturas e abusos que ocorrerem.
25. Propor que as portarias interministeriais trabalhem no sentido de ampliar a concepção de saúde em todos os serviços comunitários e não apenas para os de saúde mental.
26. Incluir nas ações do controle social / Movimento Antimanicomial as fiscalizações em todos os serviços de saúde mental: hospitais públicos e privados, CAPS, ambulatórios. De modo que se identifique as deficiências na atenção básica, muitas vezes responsável pela grande demanda de internação psiquiátrica nos dias de hoje.
27. A idéia de Direitos Humanos deve “sair do papel” e virar realidade nas práticas dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental, para que através da conscientização, organização e mobilização destes atores seja possível construir novas formas de lidar com a loucura na sociedade.
28. Articular o campo da saúde mental aos vários aspectos da vida e não apenas tomá-la como ausência de doença.
29. Que dentro de cada serviço se crie práticas entre usuários, familiares e profissionais que contribuam para a construção de parcerias junto aos outros setores da sociedade, produzindo a ampliação da responsabilização social em torno das ações de saúde mental.
30. Os gestores municipais e estaduais devem garantir serviços de saúde mental com os recursos humanos, materiais e de infra estrutura, capazes de atender com qualidade a emergência psiquiátrica.
31. Que todos os municípios tenham coordenação de saúde mental.
32. Defender a intersetorialidade de todas as secretarias estaduais e municipais (transporte, cultura, desenvolvimento econômico e social,

esporte etc., primordialmente na saúde) através da construção de políticas públicas que venham beneficiar o campo da saúde mental.

33. O Movimento Social da Luta Antimanicomial, articulado ao controle social, deve exigir mais verba para o SUS e a saúde mental em específico nas três esferas de governo, implementando-se uma rede de saúde mental diversa, rica e complexa.
34. Apoiar Projeto de lei federal sobre responsabilidade sanitária das várias esferas do poder público baseadas na observação de percentuais dos orçamentos para a saúde, como dever do município, estado e governo federal.
35. Com o objetivo de apresentar o Movimento Social da Luta Antimanicomial aos estudantes de graduação da área da saúde e de outras áreas, deve-se inserir na grade curricular dos cursos de graduação o tema do Movimento Antimanicomial e das Políticas Públicas em saúde mental.
36. Fortalecer práticas de denúncia em situações de opressão nos diversos casos de violência como forma de combate à discriminação.

“Reverendo práticas: somos todos antimanicomiais”

GT 1 - Comunicação e Publicidade

Coordenadora: Sandra Pacheco

Relatora: Carina M. Miranda

Propostas:

1. Que cada Estado crie um núcleo de comunicação para facilitar a circulação de informações e que todos os eventos realizados pelo Movimento da Luta Antimanicomial nos Estados sejam divulgados por esses núcleos.
2. Que todos os documentos recebidos pelos militantes por e-mail sejam impressos e distribuídos em todos os locais que estes tenham acesso, fazendo com que as informações sejam multiplicadas.
3. Criação de um SITE para o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, com espaços para que todos os estados possam encaminhar e divulgar eventos e informações sobre saúde mental e de interesse do MLA.
4. Retomar a publicação do jornal do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.
5. Investir e persistir na convocação dos órgãos de imprensa (rádios, rádios comunitárias, emissoras de TVs e jornais) sempre que houver algum evento ligado ao Movimento da Luta Antimanicomial, para que este seja divulgado.
6. Que seja produzido um folder que explicita a idéia do MLA e sirva de material de divulgação em palestras e eventos.
7. Que os militantes do MLA circulem pelos serviços de saúde divulgando as idéias do movimento.
8. Que os militantes do MLA possam abrir espaços em escolas, faculdades e todos os lugares possíveis através de palestras, oficinas,

atração cultural/exposição dos diversos trabalhos produzidos nos serviços para divulgar o movimento.

9. Encaminhar Relatório Final do VI ENLA para os Conselhos de regulação profissional Regionais e Federais e Sindicatos de Trabalhadores das áreas afins, bem como movimentos sociais e conselhos de direitos, solicitando que estes encaminhem através de mala direta para todos os profissionais, divulgando assim as idéias do MLA.
10. Enviar matérias para os Conselhos Regionais e Federais e para os Sindicatos publicarem em seus informativos, divulgando assim as idéias do MLA.
11. Que os militantes do MLA participem de Congressos e Encontros de outras áreas, enviando trabalhos que divulguem o movimento.

GT 2 – Denúncia e Defesa de Direitos

Coodenadora: Rosa Domeni

Relatoras: Magali e Fernanda

Tendo em vista que a Reforma Psiquiátrica se propõe a alterar o modelo hospitalocêntrico e acabar com a violência e maus tratos aos internos, em busca de melhores condições de assistência à Saúde Mental, discutimos e encaminhamos as seguintes propostas, referentes aos crimes e abusos contra a pessoa com transtorno mental.

Propostas:

1. Encaminhar as denúncias para a organização local do MLA, que se responsabilizará por apurá-las junto às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Ministério Público, Câmara Municipal, Delegacia Policial, Conselho Municipal de Saúde e Comissões Nacionais e Internacionais de Direitos Humanos, ou ao responsável competente.
2. Que o MLA procure as Comissões de Direitos Humanos de diversas entidades, requerendo participação de seus representantes no

acompanhamento de ações efetivas na garantia dos direitos humanos no campo da saúde mental.

3. Criação de uma Central de Atendimento 0800 para recebimento de denúncias.
4. No site do MLA deverá constar formulário de denúncias. Ao MLA caberá apurar responsabilidades, podendo entrar com ações junto ao Ministério Público.
5. Que o MLA seja inserido em todas as Comissões de fiscalização de serviços já existentes junto ao Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Justiça.
6. Articular o MLA com universidades para conscientizar sobre saúde mental, visando a desestigmatização.
7. Denúncia do uso de Eletroconvulsoterapia e da contenção física e química indiscriminada dentro dos Serviços e Hospitais.
8. Divulgação ampla dos benefícios dos usuários dos serviços de saúde mental, seus direitos e deveres, como a lei do passe livre interestadual (Lei Federal 8.899 de 20.06.1994).
9. Adequação do quadro de funcionários e admissão através de concurso público na assistência pública em saúde.
10. Incentivar a participação dos familiares nas Associações de Usuários, Familiares e Amigos de pessoas com transtornos mentais.
11. Discutir amplamente no MLA a questão da interdição, promovendo a autonomia.

12. Passeata nacional do MLA concomitante em todos os estados, tendo em vista que a mídia não divulga as denúncias.

GT 3 – Financiamento e Captação de Recursos

Coordenador: Marcia Schmidt (RJ)

Relator: Iracema Polidoro (RJ)

Propostas:

1. A captação de recursos deve ser utilizada para o financiamento dos encontros, bem como para a militância no movimento (custeamento de reuniões, participação de militantes em viagens, etc.).
2. A gestão financeira do movimento deve manter os princípios norteadores do MLA e sua autonomia.
3. Criar um mecanismo de sustentação financeira do movimento, através de articulação com outros espaços da sociedade (ONGs, outros movimentos, associações, instituições, igrejas ou pastorais, etc).
4. Criar vinculação da Secretaria Nacional Colegiada com os núcleos regionais para financiamento do movimento, em forma de semestralidade ou anualidade.
5. Realizar parcerias de acordo com as leis de incentivo cultural.
6. Fazer planejamento financeiro para o próximo encontro do MLA logo após o término do último encontro. Realizar levantamento de custos previamente para dinamizar a organização do movimento.
7. Organizar uma comissão para captação de recursos que subsidie os trabalhos nesta área junto a Secretaria Nacional Colegiada.

8. O VI ENLA indica a realização de um seminário nacional de financiamento, a ser realizado pelo MLA, para aprofundamento das formas de captação de recursos.
9. Articular financiamento dos encontros e da militância junto a universidades e outros órgãos de fomento para projetos sociais, considerando as atividades do MLA como um projeto social.
10. A forma de captação de recursos está intrinsecamente ligada a forma de organização do movimento.

GT 4 – Instâncias organizativas e deliberativas do MLA

Coordenadores: Ana Carla Silva (RJ) e Pedro Carneiro (SP)

1. Produção de um jornal, que pode ser via internet, para divulgação nacional das ações do MLA, como era o “Circuladô”, facilitando assim a comunicação.
2. Caberá à Secretaria Nacional Colegiada estimular núcleos antimanicomiais (entidades, ONGs, Fóruns etc.) a contribuir com uma taxa para o fortalecimento financeiro do MLA.
3. A instância máxima de deliberação do MLA será o Encontro Nacional do MLA que será realizado a cada dois anos, com participação aberta a todos os núcleos antimanicomiais e pessoas interessadas, com direito a voz e voto.
4. Mantendo-se a estrutura de horizontalidade e descentralização, o MLA se organizará por regiões, mantendo-se a organização nacional. As regiões devem seguir as diretrizes votadas nos Encontros Nacionais.

5. O MLA contará com uma Secretaria Nacional Colegiada que terá caráter administrativo composta pelos seguintes representantes, que terão direito a voz e voto:

- 03 representantes de cada região do país
- 03 representantes do MLA na Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM) do Conselho Nacional de Saúde
- 01 representante do estado-sede do próximo encontro nacional

6. O VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial indica estados de referência para organizar encontros regionais, que discutirão as peculiaridades da região e escolherão três representantes das mesmas para compor a Secretaria Nacional Colegiada. Os Encontros regionais devem realizar-se até final de março de 2006. Os estados indicados são:

- Norte: Tocantins e Amazonas
- Nordeste: Ceará
- Sudeste: Espírito Santo
- Sul: Santa Catarina e Paraná
- Centro-Oeste: Goiânia

7. A primeira reunião da Secretaria Nacional Colegiada deve acontecer em abril de 2006, no Distrito Federal.

8. A participação nas reuniões da Secretaria Nacional Colegiada estará aberta a todos os interessados com direito a voz.

9. Poderão ser convocadas plenárias nacionais do MLA pela Secretaria Nacional Colegiada, de caráter deliberativo, desde que aprovada por dois terços dos votos dos componentes da mesma.

10. A freqüência do Encontro Nacional se mantém a cada dois anos, e entre os intervalos realizam-se os Encontros Regionais.

11. Sendo o MLA contra as instituições totais, devemos articular interlocuções com outros movimentos sociais.
12. Nos Encontros Regionais devem estar presentes outros movimentos sociais.
13. O MLA deverá apoiar política, técnica, financeira e administrativamente a realização do Encontro Nacional de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, de caráter deliberativo, que ocorre bienalmente.

Comissão Intersetorial de Saúde Mental

O Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, como instância máxima deliberativa do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial teve como uma de suas decisões a troca dos representantes do movimento na Comissão Intersetorial de Saúde Mental.

As chapas concorrentes foram:

1. Ana Carla Souza Silveira da Silva - RJ

Pedro Carlos Carneiro – SP

2. Milena – CE

Ianni Scarcelli – SP

Por voto da maioria em plenária realizada dia 11 de outubro de 2006, no VI Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, a chapa vencedora foi a de número 1, composta por Ana Carla e Pedro Carneiro.

ANEXOS

Denúncias e contra exemplos

Juqueri: denunciar o estado que não se responsabilizou pelo processo de desinstitucionalização e as residências estão sendo construídas dentro do hospital.

Cuiabá/MT: Foram construídas 10 residências terapêuticas e fechou-se um hospital em uma lógica de redução de custos. As casas funcionam como mini-hospícios. Os gestores ditam as regras e trancam os usuários lá dentro, sem projeto de vida individualizado, sem perspectiva de autonomia do sujeito.

Diadema: Só tem um CAPS, 12 h querem aumentar para 24 h.

São Paulo: Só tem uma residência terapêutica.

Santo André

2 NAPS 24h e AD (álcool e drogas) 24h

3 Residências terapêuticas (telefone no futuro computador)

3 Ambulatórios

1 hospital geral

1 CAPS infantil

Oficinas dentro dos CAPS competitivas no mercado. O dinheiro é gerenciado tipo cooperativa, economia solidária. O CAPS tem um núcleo de projetos especiais,

A organização social trabalha com a prefeitura. Tendo um conselho administrativo (50% ONG e 50 % prefeitura). Os cuidadores são ex usuários e familiares, contratados pela CLT.

Parceria com a OAB para consultoria jurídica dos usuários e familiares (comissão de defesa e de direitos dos usuários e familiares de Santo André).

Cada residência escolhe suas regras. Decide-se em um encontro semanal dos usuários com a OS. Há uma estratégia legal que eles encontraram para isso acontecer. Site de divulgação e prestação de contas que entrará no ar.

Existe um projeto de pensão protegida para pessoas que estão em crise, mas têm família, ou seja, uma residência temporária.

Usuários escolheram cores das paredes, decoração etc., porque a casa é deles.

Territorialização: trabalho nos arredores das residências terapêuticas. Os usuários foram bem aceitos.

CAMPINAS

SUS paga o aluguel mais os benefícios LOAS, de volta pra casa, etc.

Tem 32 residências terapêuticas, 5 moradores em cada casa com telefone.

14 oficinas (o dinheiro ajuda a pagar os gastos)

Monitora vem 1 vez por semana para verem o que precisam

Usuário contou que frequenta o CAPS para fazer terapia

RIBEIRÃO PRETO

Reivindicação das casas da COHAB para usuários morarem.

Eles fizeram resgate da história e identidade dos usuários

Pagaram a prestação da casa com o benefício da LOAS

Nesse caso eram casas privadas. Não tem a ambigüidade da residência terapêutica

Moções Aprovadas

Moção de Repúdio

O VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em São Paulo, no período de 8 a 12 de outubro de 2005, vem se posicionar contrário a toda “instituição total” que preste assistência à criança e ao adolescente (FEBEM, Abrigo, Casas de Custodia, Hospital Psiquiátrico) entendendo que esta forma de cuidado não responde às necessidades desta clientela.

Moção Propositiva

O VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em São Paulo, no período de 8 a 12 de outubro de 2005, propõe a extinção imediata da FEBEM e a aplicação da concepção de sócio-educação contida no E.C.A.

Moção de Repúdio

O VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em São Paulo, no período de 8 a 12 de outubro de 2005, se posiciona contra a redução da maioria penal e a favor da doutrina de proteção integral e da concepção de sócio-educação contida no E.C.A.

Moção Propositiva

O VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em São Paulo, no período de 8 a 12 de outubro de 2005, propõe o fim do trabalho infantil.

Moção de Repúdio

Nós participantes do VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado entre os dias 8 e 12 de outubro de 2005, na USP, no município de São Paulo/SP, vimos repudiar a desassistência na clínica psiquiátrica conveniada Santa Edwiges, localizada no município do Rio de Janeiro/RJ, responsável pela morte por queimadura de um usuário ali internado, bem como pelo ferimento grave por queimadura em um outro companheiro de enfermagem.

Solicitamos do poder público apuração do fato e punição dos responsáveis.

(moção acompanhada de reportagem jornalística do fato)

Moção Propositiva

Nós, participantes do VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, reunidos de 08 a 12 de outubro de 2005, propomos que a Lei 10.216 também beneficie os pacientes sob medida de segurança, inseridos nos hospitais de custódia.

Exigimos o direcionamento de recursos do SUS para esta clientela, permitindo seu acesso à atenção psicossocial.

Moção de Propositiva

Nós, participantes do VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado no período de 08 a 12 de outubro de 2005 na Cidade Universitária da USP/São Paulo, recomendamos a capacitação na área jurídica das equipes multidisciplinares dos serviços de saúde mental (tradicionais e/ou substitutivos), bem como propomos a parceria com escritórios-modelo, Juizado Especiais de Pequenas Causas, OAB. Também, se possível, recomendamos a criação de um setor jurídico nas associações de usuários e familiares para a socialização de direitos e deveres. Estes serviços deverão ser amplamente divulgados, conforme a experiência do projeto "Comissão dos Direitos dos Usuários de Saúde Mental" já existente na cidade de Santo André.

Moção de Repúdio

Nós, abaixo assinados, reunidos no VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado entre 08 e 12 de outubro de 2005 na USP, São Paulo, repudiamos as práticas arbitrárias e higienistas direcionadas à População em Situação de Rua, tais como as adotadas pela atual gestão municipal de São Paulo; como por exemplo, a construção de "rampas anti-mendigos" e retirada involuntária de pessoas de espaços públicos.

Moção Propositiva

Nós, abaixo assinados, reunidos no VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado entre 08 e 12 de outubro de 2005 na USP, São Paulo, encaminhamos as propostas deste Encontro para a *Primeira*

Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Acessibilidade: você também tem compromisso.

Moção de Repúdio

Nós, participantes do VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado no período de 08 e 12 de outubro de 2005 no Campus da USP, vimos repudiar através desta, os senhores parlamentares que receberam mensalão em detrimento do povo. Cadeia a todos, com perda de mandato, e dêem dinheiro aos cofres públicos para ser aplicado em ações sociais.

Moção de Repúdio

Os militantes do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, presentes no seu VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado de 08 e 12 de outubro de 2005 em São Paulo, repudiam a atitude da Prefeitura Municipal de Fortaleza que, através da Secretaria Municipal de Saúde vem contratando, desde o início de 2005, trabalhadores de Saúde Mental sem Concurso Público, para atuarem em serviços de saúde mental inexistentes, reproduzindo as práticas neoliberais e clientelistas de governos anteriores, em grave desrespeito à Constituição Federal que exige a contratação de Servidores Públicos através de Concurso Público. Neste sentido reivindicamos a imediata realização de Concurso Público para os Serviços de Saúde Mental em Fortaleza, existentes ou novos, e a revogação das contratações sem concurso já realizadas, como a única forma de preservar a transparência e honestidade dos concursos que se realizarão.

Moção de Repúdio

Moção de repúdio contra a falta nacional de medicação psiquiátrica em todas as unidades de saúde, inclusive os Caps.

O Movimento da Luta Antimanicomial vem se organizando para protestar e exigir das autoridades o fornecimento continuado dos medicamentos essenciais para o tratamento e prevenção de crises.

Tivemos experiência neste ano de 2005 de falta de medicação por aproximadamente 3 meses, inclusive medicamentos de baixo custo e essenciais ao tratamento.

Citamos alguns: Lepomex, Haldol, Depakene, Semap, Orap, Zyprexa, Biperideno, Carbamazepina, Amplictil, entre outros.

Propomos aos membros do Movimento subscrever este documento para o encaminhamento às autoridades.

VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, São Paulo – SP – 08 a 12 de outubro de 2005.

Moção de Repúdio

Os militantes do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, presentes no seu VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado de 08 e 12 de outubro de 2005 em São Paulo, repudiam a atitude do Secretário Municipal de Fortaleza que, em desrespeito à deliberação histórica do Conselho Municipal de Saúde, de 21 de dezembro de 2004, recusa-se em homologar e executar a Resolução de N 60, emanada da Comissão Municipal de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica daquele Conselho, que definiu, pela primeira vez na história de Fortaleza, uma Política Municipal de Saúde Mental sintonizada com as propostas da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial Brasileira; desrespeitando a instância máxima de deliberação das políticas de saúde municipais e do controle social do SUS.

Comissão Organizadora do VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial:

Ana Carla Souza Silveira da Silva - Nemla / RJ

Beatriz Adura Martins - FPLAM

Edvaldo Nabuco - Nemla / RJ

Fernando Goulart - Nemla / RJ

Iracema Vieira Polidoro - Nemla / RJ

Márcia Schmidt de Andrade - Nemla / RJ

Marília Zylbersztajn - FPLAM

Patrícia Villas Boas - FPLAM

Pedro Carneiro - FPLAM

Thaís Garrafa - FPLAM / Atua

Comissão Ampliada

Adélia Benetti Capistrano

Cássia Leal da Hora

Cristiane Marçal

Fabíola Jardim

Julio Otero

Letícia Carvalho

Luciana Mannrich

Myrna Coelho

Rosa Domeni - SINMED

Sandra Regina Guedes Pacheco – CREFITO - 2

Tatiana Mitie

Programação

08 de outubro

Recepção e Abertura

10:00 >> Cadastramento

16:00 >> Aprovação do Regimento Interno

19:00 >> Mesa de Abertura

20:30 >> Apresentação da Cia. Experimental Mu...Dança

09 de outubro

“Autonomia do movimento: um olhar crítico sobre a Reforma Psiquiátrica!

08:30 >> Panorama dos Estados e dos estudantes sobre a Reforma Psiquiátrica e o movimento antimanicomial

12:00 >> almoço e salas de troca de experiências

14:00 >> GTs Temáticos: como está a atenção em saúde mental no Brasil

GT1. Atenção Básica

GT 2. Residências Terapêuticas e Moradia

GT 3. Hospitais Psiquiátricos

GT 4. Trabalho e Geração de Renda

GT 5. CAPS

GT 6. Centros de Convivência

GT 7. Atenção à Infância e Adolescência

GT 8. Atenção à Dependência de Álcool e Drogas

GT 9. Saúde Mental no Hospital Geral

GT 10. Saúde Mental e Justiça

GT 11. População em Situação de Rua

GT 12. Benefícios Sociais

17:00 às 19:00 >> Tempo livre para reuniões de delegações e grupos, trabalho final de relatoria diária e jantar

19:00 >> Atividade cultural

19:30 >> Plenária Final Diária

10 de outubro

“Fortalecendo ideais: estratégias para uma sociedade sem manicômios”

9:00 >> GTs – Eixos temáticos:

GT1. Legislação e Financiamento

GT2. Formação

GT3. Direitos Humanos, Inclusão e Intersetorialidade

Manhã >> Discussão geral

Tarde >> Estratégias e Propostas

12:00 >> Almoço e sala de troca de experiências

17:00 às 19:00 >> Tempo livre pra reunião de grupos e delegações, trabalho final de relatoria diária e jantar

18:00 >> Palestra com Richard Weingarten e lançamento do livro

“Reinventando a vida” - narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental

19:30 >> Plenária Final Diária

11 de outubro

“Revedo práticas: somos todos antimanicomiais”

9:00 >> Mesa redonda “Movimentos sociais: organização e autonomia”

12:00 >> almoço e sala de troca de experiências

14:00 >> discussão em GTs, por eixos temáticos, sobre a organização do movimento:

1. Comunicação e Publicidade
2. Denúncias e Defesa de Direitos
3. Financiamento e Captação de Recursos
4. Instâncias Organizativas e Deliberativas do MLA

17:00 >> Escolha dos novos representantes do MLA na Comissão Intersetorial de Saúde Mental

19:00 >> Show de encerramento com Coral Cênico Cidadãos Cantantes

19:30 >> Plenária Final

23:00 >> Festa do Encontro

12 de outubro

Manhã >> Plenária Final

Almoço de confraternização

Promoção: Secretaria Executiva Nacional Colegiada do Movimento da Luta Antimanicomial com as Sub-secretarias CE, SC,SP,PR e RJ.

Realização: FPLAM e Nemla/RJ

Patrocínio: Coordenação Nacional de SM/MS e Fiocruz/MS

Apoio: ATUA, COREP – SP, CREFITO-2 RJ / ES, CRESS – RJ, CRP-5 RJ, FIOCRUZ/MS, LAPSO, Ministério da Saúde, O Autor na Praça, Projeto Transversões – RJ, Psicoway, SINMED – RJ, UERJ, USP, Secretaria Estadual de Saúde do RJ.