

1 **DOCUMENTO ORIENTADOR PARA OS DEBATES NAS PRÉ-CONFERÊNCIAS**
2 **DISTRITAIS DA III CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL DE CAMPINAS**

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

5
6 **1. Introdução e Antecedentes**

7 A III Conferência Municipal de Saúde Mental de Campinas (CMSMC) acontecerá nos dias
8 28, 29 e 30 de janeiro de 2022, precedendo as etapas da Conferência Regional de
9 Campinas (que ocorrerá entre 14/02 e 25/03/2022), da III Conferência Estadual de Saúde
10 Mental do Estado de São Paulo (prevista para 08/04 a 10/04/2022) e da V Conferência
11 Nacional de Saúde Mental (CNSM), a realizar-se de 17 a 20 de maio de 2022, em Brasília,
12 capital federal.

13 Há 12 anos da IV Conferência Nacional e 11 anos da II Conferência Municipal de Saúde
14 Mental de Campinas, podemos destacar períodos de avanços da Reforma Psiquiátrica
15 brasileira como:

- 16 • crescimento das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), fechamento de manicômios ou
17 hospitais psiquiátricos em diferentes regiões do país;
- 18 • aumento de Residências Terapêuticas (SRT) e bolsas auxílio do Programa de Volta para
19 Casa (PVC);
- 20 • criação das Residências Multiprofissionais em Saúde Mental, valorizando os municípios
21 como formadores para o Sistema Único de Saúde (SUS).

22 Entretanto também vivemos períodos de grandes retrocessos. Desde 2016, enfrentamos
23 ataques e desinvestimentos na área da Saúde Mental, em âmbito nacional e municipal.
24 Desde a aprovação da Emenda Constitucional(EC) n.º 95 --a Emenda do Teto de Gastos,
25 também conhecida como “Emenda da Morte” --, que limita o crescimento das despesas do
26 governo brasileiro durante 20 anos, o governo federal não está investindo no SUS, nem nas
27 demais políticas sociais.

28 A EC nº 95 afetou gravemente a Saúde Mental, ferindo um de seus princípios vitais: cuidar
29 em liberdade, com justiça social, no território e na comunidade, promovendo o retorno das
30 pessoas exiladas em manicômios à cidade que também lhes pertence. A partir daí, na
31 contramão da Reforma Psiquiátrica, a política de saúde mental resgata o modelo centrado
32 no hospital e asilar e amplia significativamente o financiamento das Comunidades
33 Terapêuticas em detrimento dos demais equipamentos da RAPS. Conseqüentemente, a
34 RAPS começa a sofrer abalos, seja pela precarização das condições de trabalho, seja pelo
35 congelamento de sua expansão, tanto em regiões onde se têm uma rede complexa, como
36 Campinas, quanto em regiões onde ainda faltam implantar muitos serviços.

37 Ganham força as políticas proibicionistas e o combate à política de redução de danos. A
38 Nova Lei de Drogas 13.840, aprovada em 2019, criminaliza ainda mais as pessoas negras e
39 pobres que fazem uso de drogas, prejudicando as ações e conduções do cuidado em saúde
40 mental voltados a essas populações.

41 A política de Saúde Mental para a infância tem sido jogada para as entidades assistenciais.
42 O PVC está congelado e sempre em atraso. As mudanças na política da Atenção Primária
43 (APS) afetam diretamente a Saúde Mental. E todo este desmonte ainda é chamado de
44 “Nova” política de Saúde Mental quando, de fato, são velhas armadilhas do poder econômico
45 que sufocam, com a falta de recursos, a possibilidade do cuidado em liberdade. São
46 estratégias utilizadas para justificar o aumento de “leitos” em chamados “hospitais
47 especializados” - verdadeiros asilos que retiram os direitos das pessoas.

48 Agora, em 2021/2022, vamos às Conferências: um ato democrático, onde devemos levantar
49 nossa voz e escolher que caminho iremos seguir, onde queremos chegar. É o espaço onde
50 garantimos os direcionamentos para construção da Política Municipal de Saúde Mental. O
51 que iremos escolher? Manter retrocessos ou voltar à vanguarda? Cuidados burocráticos ou
52 compromisso com autonomia? As respostas parecem óbvias, mas como resistir a tantos
53 ataques?

54 **2. Em Campinas qual é o cenário?**

55 Campinas, nestes 11 anos, ampliou a RAPS implementada a partir da promulgação da lei
56 federal 10.216 de 2001, fechando os leitos psiquiátricos restantes no Serviço de Saúde
57 Cândido Ferreira (SSCF) e Hospital Psiquiátrico Tiberiá, abrindo novos Centro de Atenção
58 Psicossocial (CAPS), SRTs, Centros de Convivência (CECO), Núcleos e Oficinas de
59 Geração de Renda e, mais recentemente implantando os Núcleos Ampliados de Saúde da
60 Família (NASF), onde atuam psicólogos, terapeutas ocupacionais, e outros profissionais em
61 apoio aos profissionais da saúde da família. Para impulsionar e solidificar essa Rede foi
62 promulgada a Lei 6.215 de 1990, também conhecida como lei de co-gestão com o SSCF.

63 Porém essa RAPS robusta e complexa começou a sofrer uma mudança radical a partir de
64 2012, quando a SMS passa a tratar uma grande parte da rede de serviços gerida por este
65 convênio de co-gestão com o SSCF, descaracterizando-o como um convenio com uma
66 entidade filantrópica qualquer, embora ainda estivesse em vigor a lei. Abolindo, assim, na
67 prática o que ela possibilitava, vão deixando de existir os colegiados e planejamentos que
68 propiciavam decisões conjuntas, trabalhadores de ambas as instituições ocupando espaços
69 nos diferentes serviços, contratos mais adequados ao cuidado em saúde mental e não
70 contratos regidos por metas a atingir mais pautados na lógica quantitativa de procedimentos
71 e produtividade, situação inversa à lógica qualitativa de acompanhamento processual dos
72 usuários que contempla suas múltiplas necessidades. A lei da co-gestão foi revogada pela
73 Câmara de Campinas por iniciativa do governo municipal atual somente em outubro de 2021.
74 E nestes anos, a SMS seguiu com serviços próprios implantados depois 2012: alguns
75 Centros de Convivência, CAPS gerais, AD e Infanto-Juvenis (IJ) e SRTs.

76 Campinas é uma cidade com 1.223.237 habitantes (estimativa IBGE 2021). Atualmente, a
77 rede de serviços de saúde mental campineira está constituída com o SSCF responsável pela
78 oferta e execução de 11 dos 14 CAPS existentes no município; 05 dos 08 centros de
79 convivência; 03 núcleos e oficinas de geração de renda; 02 equipes de Consultório na Rua;
80 15 SRT dos 20 existentes.

81 Hoje, podemos dizer que nos encontramos numa encruzilhada: que caminho tomar? O que
82 precisamos fazer para resistir e retomar nossa história de sucesso reconhecida a quatro

83 cantos? Como enfrentamos a tal "Nova Política" do governo federal, que não passa de um
84 retorno à lógica manicomial? Essas são decisões essenciais que a III CMSMC deve tomar.

85 Espera-se da III CMSMC, fidelidade à história de pioneirismo campineiro na ampliação de
86 atendimento em saúde mental. História que se iniciou nos idos de 1979 e que culmina com
87 grande incremento no início do século XXI, na implementação da lei da Reforma Psiquiátrica
88 (10.216/2001), quando todas as instituições públicas: prefeitura, universidades, justiça,
89 promotorias, educação e assistência, principalmente, e conveniadas (SSCF), além da
90 sociedade civil representada por movimentos sociais e órgãos do controle social,
91 mobilizaram-se para construir uma rede substitutiva que serviu de modelo pelo país afora.

92 3. Construções e desafios da rede de saúde mental em Campinas

93 Continuamos com uma RAPS complexa e robusta, mas ela vem perdendo seu vigor na
94 implementação e defesa do cuidado em liberdade. Nesse momento ainda há muito a
95 avançar. Nossos desafios não são pequenos:

- 96 • É necessário um olhar ampliado para toda nossa rede, avaliando as dificuldades
97 estruturais e capacidade instalada em cada ponto de atenção.
- 98 • É necessário rever os processos de trabalho das equipes, de forma a garantir o
99 acesso do usuário em tempo oportuno para seu cuidado integral e longitudinal, nesta
100 trama complexa de serviços e fluxo das vidas.
- 101 • É necessário garantir espaços de educação permanente e formação em serviço a
102 todos os profissionais que compõem essa rede de Cuidado.
- 103 • É necessário reacender a chama do compromisso dos nossos trabalhadores e
104 gestores com nossos usuários, lembrando o histórico de nosso município de ser
105 vanguarda na Reforma Psiquiátrica e sua excelência de cuidado em saúde mental.
- 106 • É necessário que se olhe para o dimensionamento de pessoal suficiente para
107 coberturas populacionais das equipes atuantes na atenção primária, com a garantia
108 de insumos e materiais adequados, além do gerenciamento dos processos de trabalho
109 na lógica antimanicomial, com intuito de devolver a autonomia dos pacientes, seu
110 empoderamento enquanto controle social e acesso às melhores tecnologias de
111 tratamento em saúde mental.
- 112 • Tudo isso deve ser pautado no cuidado em liberdade e na garantia dos direitos
113 humanos.

114 Quanto aos desafios impostos aos processos de trabalho da saúde mental durante a
115 pandemia, a Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde (CMS) identificou
116 que alguns CAPS e serviços da Atenção Primária estão funcionando como o que se tem
117 denominado "pronto-socorros de saúde mental". A suspensão dos atendimentos em grupo e
118 a redução de visitas domiciliares e atendimentos compartilhados geraram grande pressão
119 pela demanda de atendimento individual tipo ambulatorial. De um lado, aumento de
120 demanda, de outro lado, falta de pessoal nas equipes de saúde da família, gerando
121 sobrecarga dos profissionais num contexto de fragmentação do trabalho e precário
122 entendimento por essas equipes do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família
123 (NASF), agravado pelo fraco acompanhamento e apoio desse processo pelas gestões
124 locais, distritais e municipal.

125 Essa comissão apontou ainda: falta de condições para atendimentos presenciais em CAPS e
126 APS, com falta de salas ou com salas inadequadas para atendimento, sem privacidade ou
127 ruidosas; falta de condições para trabalho remoto, sejam atendimentos, sejam apoios
128 matriciais, reuniões, discussões de caso, etc. pela falta ou precariedade de equipamentos
129 institucionais como celulares, câmeras, notebooks, tablets e inexistência de rede wifi com
130 cobertura para todo o serviço, não apenas (quando há) nas áreas administrativas, como
131 ocorre em serviços do SSCF, prevalecendo pouco disponíveis apenas alguns telefones fixos
132 ou celulares sem conexão com internet.

133 Quanto às situações de crise na infância e adolescência, o fato de Campinas não possuir
134 leito-noite de CAPS IJ, vem acarretando aumento de procura por internação em instituições
135 não adequadas ao cuidado dessa clientela, tais como as comunidades terapêuticas.

136 A Comissão reforçou a necessidade de regulamentação da política de saúde mental de
137 Campinas perante os retrocessos da política de saúde mental do governo federal, de forma
138 a construir um plano de financiamento municipal, visando enfrentar os cortes em nível
139 federal, focando o cuidado prestado na APS, nos CAPS e Urgência e Emergência da cidade.

140 O CMS tem recebido relatos de usuários(as) e profissionais que atuam na RAPS de que, a
141 partir do corte de recursos financeiros em 2017 no Convênio com o SSCF, várias
142 repercussões foram observadas, tais como:

- 143 • Redução das refeições oferecidas nos CAPS para 20 refeições/dia, o que representa
144 cerca de 50% de redução para alguns serviços, levando à diminuição da permanência-
145 dia de usuários e acarretando, conseqüentemente, prejuízos significativos nos
146 projetos terapêuticos singulares (PTS) e na qualidade da atenção. Essa situação fica
147 ainda mais grave nos CAPS-AD, considerando que muitos(as) de seus(suas)
148 usuários(as) integram a população de rua em franco consumo de substâncias
149 psicoativas como crack e cocaína, sem contar os efeitos da pandemia no aumento da
150 fome e da miséria.
- 151 • Redução de 10% no número de profissionais das equipes dos plantões diurnos, no
152 sentido oposto ao aumento das demandas da crise, acarretando sobrecarga que
153 prejudica os PTS e as ações de reabilitação psicossocial, já que os(as)
154 trabalhadores(as) se vêem forçados(as) a priorizar rotinas direcionadas às situações
155 de crise, em detrimento das ações territoriais, caminhando celeremente para maior
156 medicalização e menor acompanhamento.
- 157 • Redução do horário de funcionamento das farmácias nos serviços, dificultando o
158 acesso de usuários(as) que trabalham, desdobrando-se em desqualificação da
159 atenção farmacêutica.
- 160 • O corte nos transportes públicos diminuiu/dificultou o acesso de usuários(as) ao
161 serviço, principalmente em situação de crise, assim como as ações no território.
- 162 • Os(as) trabalhadores estão tendo que realizar atividades que contradizem os
163 parâmetros estipulados pelos conselhos profissionais, acarretando aumento de
164 denúncias e fiscalizações destes conselhos, como os de Enfermagem e de Farmácia.
- 165 • Após os retrocessos na legislação trabalhista o conveniado SSCF passou a contratar
166 funcionários com salários em média 25% inferiores que os antigos funcionários.

167 Prática empresarial que, sabemos, interfere diretamente no trabalho em equipe e
168 aumenta ainda mais a insatisfação e a rotatividade de profissionais.

- 169 • Aumento de denúncias de assédio moral aos trabalhadores, exemplificadas em
170 demissões ocorridas especialmente nas instituições conveniadas.

171 As situações apresentadas evidenciam que a RAPS está destituída do essencial: o
172 pertencimento da pessoa, o uso da cidade e a garantia dos direitos de cidadania, apoiada na
173 escolha de seu caminho por profissionais e serviços, sem ferir sua autonomia. Com o
174 trabalho no território secundarizado, o direito à cidade, o ir e vir, fazer compras e gerenciar a
175 própria vida não tem sido foco. A luta pelos direitos sociais de garantia de transporte gratuito
176 não está mais na ordem do dia da vida do usuário e seu trabalho como geração de renda
177 vem sendo comprometido por “salários” irrisórios.

178 Enfim, não podemos deixar para o usuário um fluxo desenhado contra a reabilitação
179 psicossocial. Um caminho que precisa ser mudado, para não se consolidar como atalho à
180 contra-reforma.

181 Partindo dessas avaliações, vamos ao debate e às escolhas de rumos a serem
182 encaminhados pela III CMSMC. Considerando a atual situação de Campinas, propomos
183 trabalhar, em cada pré-conferência distrital, com os seguintes eixos e diretrizes norteadoras
184 indicados pela V Conferência Nacional de Saúde Mental.

185

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

- 187 1. Considerando a transversalidade e interdisciplinaridade da Saúde Mental e a
188 integralidade como objetivo final do cuidado, cabe à gestão da SMS, apoiadores,
189 trabalhadores e demais envolvidos com os cuidados em saúde mental, promover
190 ações e atividades intersetoriais que articulem as redes da Assistência Social,
191 Educação, Cultura e Esportes, Trabalho e Renda, entre outras políticas públicas,
192 associações e organizações da sociedade civil de defesa de direitos humanos,
193 justiça, economia solidária, de moradia, movimentos de lutas antirracistas, de
194 combate ao feminicídio, a homofobia, entre outras.
- 195 2. Todo e qualquer tratamento em Saúde Mental, particularmente aqueles da saúde
196 pública, deve ter como primado o cuidado em liberdade, ser laico e respeitar os
197 direitos humanos, excluindo-se vieses moralistas e preconceituosos, particularmente
198 no que tange ao cuidado ao uso abusivo de drogas ilícitas, opondo-se ao
199 financiamento com recursos públicos a comunidades terapêuticas e internações
200 compulsórias.
- 201 3. Prover os CAPS com número suficiente de trabalhadores para composição de
202 equipes que possam facilitar vínculos e desburocratizar os contatos entre usuários e
203 suas referências, particularmente em vigência de crises.
- 204 4. O cuidado em liberdade pressupõe o resgate de laços familiares dos usuários e,
205 quando não for possível, viabilizar o cuidado em residências terapêuticas. Cabe à
206 gestão da SMS, em parceria com o controle social, dimensionar a necessidade e
207 investir no provisionamento adequado desses serviços.
- 208 5. Considerando a complexidade da RAPS que inclui serviços especializados e de
209 referência, assim como serviços de APS e NASF, deve ser garantido pessoal em
210 número adequado em todos eles para as diferentes ações do cuidado e apoio

- 211 matricial das equipes de saúde da família.
- 212 6. Os Consultórios Na Rua devem ser considerados parceiros importantes incluídos na
- 213 RAPS, devendo ser dimensionados em número adequado às demandas.
- 214 7. A SMS deve incentivar a criação de comitês e grupos de trabalho para, em parceria
- 215 com a sociedade civil, com o CMS e outros conselhos municipais, ampliar, implantar
- 216 e consolidar as políticas públicas de promoção de saúde e cuidado integral para
- 217 pessoas em situação de vulnerabilidade psicossocial, particularmente para
- 218 populações que sofrem discriminação e preconceitos, tais como moradores na rua,
- 219 mulheres, idosos, população carcerária, grupos indígenas, população negra,
- 220 população LGBTQIA+, pessoas com deficiência, pessoas que fazem uso abusivo de
- 221 álcool e outras drogas.
- 222 8. A gestão municipal, particularmente dos Distritos de Saúde, deve incentivar, apoiar e
- 223 organizar ações intersetoriais, incluindo as instituições governamentais, as da
- 224 sociedade civil e lideranças comunitárias.
- 225 9. A SMS deve criar e manter banco de dados com informações sobre casos de
- 226 tentativas de suicídio e casos consumados, permitindo melhor configuração de
- 227 política pública de prevenção do suicídio, assim como capacitar os trabalhadores de
- 228 saúde para notificação desses casos em banco de dados próprios.
- 229

230 EIXO II - GESTÃO, FINANCIAMENTO, FORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA

231 GARANTIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

- 232 1. Garantir nas residências multiprofissionais e estágios profissionalizantes, a
- 233 formação de competências e habilidades psicossociais para atuação na APS,
- 234 NASF e serviços da RAPS.
- 235 2. Promover frequentes cursos, capacitações e educação continuada e permanente
- 236 para trabalhadores da Saúde Mental, avaliando, sempre que possível ou
- 237 necessário, a inclusão de profissionais da APS, evitando a separação entre saúde
- 238 física e mental.
- 239 3. Envolver o Controle Social através do CMS, Conselhos Distritais (CDS) e Locais de
- 240 Saúde (CLS), assembleias de usuários e Colegiados Gestores dos Serviços nas
- 241 discussões sobre capacitações e educação permanente relativas ao cuidado em
- 242 saúde mental.
- 243 4. Estimular e favorecer processos de matriciamento em saúde mental, envolvendo as
- 244 gestões locais da APS, ampliando as competências, capacidades e possibilidades
- 245 de cuidados compartilhados entre os vários profissionais da RAPS.
- 246 5. Incluir nas prestações de Contas da SMS, a discriminação dos gastos e
- 247 investimentos com a Saúde Mental de cada serviço, incluindo os serviços
- 248 contratados e os próprios, garantindo transparência e facilitando o controle social.
- 249 6. Considerando o fim da Co-gestão com o SSCF, a SMS deve se programar para
- 250 ampliar seus investimentos em serviços próprios, reduzindo os serviços
- 251 terceirizados gradualmente, de modo que, ao fim de 4 anos, todos os serviços
- 252 sejam próprios.
- 253 7. Para garantir o acesso qualificado em tempo hábil, ampliar os serviços substitutivos
- 254 em Saúde Mental (CAPS, CECOs, Serviços de Geração de Renda, Residências
- 255 Terapêuticas e Consultório na Rua) e equipes de saúde da família, de acordo o

- 256 número de população e sua vulnerabilidade, através de contratação por concursos
257 públicos.
- 258 8. Garantir o direito ao transporte público, gratuito e adequado às necessidades de
259 todas as pessoas com deficiência (física, mental ou intelectual) ou sofrimento
260 psíquico (transtorno mental) e ampliar a utilização das passagens para circulação em
261 espaços de lazer, cultura e esportes, além dos serviços de tratamento.
- 262 9. Garantir verbas no orçamento da saúde para aquisição e disponibilidade de
263 material, equipamentos e infraestrutura adequada ao bom funcionamento dos
264 NASF; discutindo-se com os trabalhadores a definição das necessidades e
265 parâmetros técnicos dos investimentos.
- 266 10. Encaminhar às Conferência Estadual e Nacional proposta de ampliação de
267 investimentos dessas duas esferas de governo, sem redução, contudo, da
268 participação municipal, de tal modo que haja efetiva garantia de financiamento para
269 a Saúde Mental em todos os municípios do país.
- 270

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

- 273 1. A Secretaria de Saúde deve buscar articulações com outras secretarias, como
274 Educação, Assistência Social, Cultura, Esporte, Trabalho e Renda e ainda com o
275 Judiciário, Conselhos Tutelares, ONGs, associações e lideranças locais, visando sua
276 integração nas redes intersetoriais, a corresponsabilização e a participação conjunta
277 em discussões periódicas de casos e estratégias de cuidado e promoção de saúde
278 nos territórios.
- 279 2. Incluir nas discussões com as redes intersetoriais, processos de matriciamento,
280 educação permanente e continuada, temas como corresponsabilização do cuidado,
281 desmedicalização e despatologização da vida.
- 282 3. Incentivar, discutir, capacitar os serviços de saúde de Campinas para atenção e
283 promoção de saúde, voltadas para grupos discriminados, vítimas de preconceitos e
284 em risco de violência, inclusive a institucional, tais como mulheres, negros, população
285 LGBTQIA+, dentre outros, com vistas a reduzir os riscos a que estão submetidos.
- 286 4. Efetivar e adequar a coleta do quesito raça-cor para população negra e indígena,
287 qualificando as coletas já existentes, em todos os serviços da rede municipal de
288 Campinas, de forma quantitativa e qualitativa produzindo diagnóstico socioterritorial
289 como instrumento de garantia de acesso, organização e qualificação da atenção à
290 saúde, favorecendo a eliminação das iniquidades raciais e sociais sofridas por estes
291 grupos populacionais.
- 292 5. Buscar na comunidade, ONGs, instituições públicas, associações e lideranças
293 comunitárias que possam interagir e fazer parcerias com os serviços de saúde com
294 vistas a cuidados e ações comunitárias voltadas às populações acima.
- 295 6. Incentivar, nas comunidades e territórios de moradias dos usuários, programas de
296 geração de renda e trabalho, em integração com instituições públicas e associações
297 comunitárias.
- 298 7. Discutir e pactuar com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS/ Secretaria de
299 Assistência Social mecanismos para priorizar o acesso de pacientes com sofrimento
300 mental aos serviços de proteção social.

- 301 8. Facilitar a comunicação e realizar capacitações, rodas de conversas, oficinas,
302 discussões com trabalhadores, colegiados gestores e, particularmente, usuários,
303 sobre direitos, funcionamento dos serviços, ações e atividades disponíveis no
304 território, entre outras, incluindo discussões sobre o cuidado em liberdade e a reforma
305 psiquiátrica.
- 306 9. Garantir a acessibilidade através de contratação de intérpretes de libras e ou
307 plataformas que facilitem o contato de deficientes auditivos/surdos com os serviços
308 de saúde, capacitando profissionais de saúde em Língua Brasileira de Sinais
309 (LIBRAS) de modo que todas as unidades tenham pelo menos dois profissionais
310 capacitados. Garantir outras formas de comunicação acessíveis a pessoas com
311 deficiência visual.
- 312 10. Garantir a acessibilidade a pessoas com deficiência em todos os serviços de saúde,
313 fazendo adaptações quando necessárias, como instalação de rampas de acesso,
314 banheiros adaptados, barras de apoio, balcões acessíveis, dentre outras, de acordo
315 com as normas ABNT.
- 316 11. Discutir, ampliar e implementar estratégias de redução de danos para ampliar as
317 ações terapêuticas e fortalecer as práticas territoriais e comunitárias centradas no
318 usuário, contrapondo-se aos modelos vigentes de moralização, penalização e
319 criminalização da pessoa e da família com problemas com álcool e outras drogas.

320

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

- 323 1. Capacitação de equipes e profissionais de saúde da RAPS para lidar e fornecer as
324 informações adequadas aos usuários e seus familiares.
- 325 2. Utilizar Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), fornecendo
326 equipamentos aos serviços e preparando os profissionais da RAPS para apoio
327 psicossocial a usuários com quadros de COVID em isolamento social.
- 328 3. Localizar e buscar usuários que tenham perdido o vínculo com os serviços durante
329 o período pandêmico, reinserindo-os aos cuidados.
- 330 4. Localizar usuários e seus familiares que tenham perdido emprego e renda ou em
331 dificuldades financeiras, encaminhando-os para instituições de assistência e
332 proteção social.
- 333 5. Considerando as consequências emocionais do tempo de afastamento das
334 crianças e adolescentes da escola e do convívio com os pares, ampliar os
335 mecanismos de apoio matricial e discussão de casos para sua proteção.
- 336 6. Buscar as famílias enlutadas por mortes provocadas pelo covid-19 e criar
337 mecanismos de proteção e cuidados psicológicos.
- 338 7. Criar ações e atividades para proteção da saúde mental dos trabalhadores, cujo
339 envolvimento nos dramas dos seus pacientes e das comunidades são fatores de
340 sofrimento emocional.
- 341