



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

**ATA DA TRICENTÉSIMA SEXAGÉSIMA SEXTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
NACIONAL DE SAÚDE - CNS**

Aos sete e oito dias do mês de maio de 2025, realizou-se a Tricentésima Quinquagésima Sexta Reunião Ordinária do CNS, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omlton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília/DF. A abertura da reunião ocorreu no Cine Brasília - Asa Sul, Entrequadra Sul, 106/107, Brasília/DF. Os objetivos da 366ª Reunião Ordinária do CNS foram os seguintes: **1)** Prestigiar o lançamento do documentário Brasilândia/SP “Aqui tem Conselho Local de Saúde. **2)** Socializar e apreciar os itens do Expediente. **3)** Apreciar e deliberar quanto a comemoração do 19º aniversário da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: desafios e perspectivas para o futuro da saúde integral no Brasil. **4)** Debater e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho - CIRHRT. **5)** Apreciar e contribuir com o debate sobre trabalho, tempo livre e saúde. **6)** Conhecer e debater sobre a saúde das mulheres e a mortalidade materna. **7)** Prestigiar a apresentação do relatório da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental. **8)** Conhecer e debater sobre a Política de Saúde Mental no Brasil. **9)** Apresentar e debater o Eixo 3: Participação popular na saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras para o Controle Social, da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **10)** Conhecer, apreciar e debater os desafios para garantir a integralidade no atendimento às pessoas autistas. **11)** Apreciar e deliberar os encaminhamentos do Pleno, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas. **ITEM 1 - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 366ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS E APROVAÇÃO DA ATA DA 362ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** – *Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS - **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 366ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. Deliberação: a pauta da 366ª Reunião Ordinária do CVNS foi aprovada por unanimidade.** A aprovação da ata ocorreu no último item da pauta. **ITEM 2 - LANÇAMENTO DO DOCUMENTÁRIO BRASILÂNDIA/SP “AQUI TEM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE”** - *Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. O episódio final da série documental “Aqui tem Conselho Local de Saúde”, que contou a história da Brasilândia/SP, foi exibido no Cine Brasília e abriu os trabalhos da reunião. Este episódio mostra a força da participação popular no SUS e encerra série que passou por várias regiões do país. Após a exibição, as pessoas conselheiras se dirigiram ao Plenário do Conselho para dar continuidade à reunião. **ITEM 3 – EXPEDIENTE – Informes. Justificativa de ausências. Apresentação de novos (as) Conselheiros (as) Nacionais de Saúde e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde. Datas representativas para a saúde no mês de Maio - Apresentação: Jannayna Martins Sales**, Secretária Executiva do CNS. *Coordenação:* conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. **INFORMES – 1)** Informe, em nome da ABRASTA, sobre o Dia Mundial da Talassemia. *Apresentação:* Conselheiro **Eduardo Maércio Froes** (ABRALE). A talassemia é uma doença rara, subdividida em três formas: os traços talassêmicos (como no caso de sua mãe), a forma intermediária e a talassemia major, forma mais grave da condição, da qual ele próprio era portador. Informou que o Brasil contabilizava cerca de mil pacientes com a forma mais severa da doença, caracterizando-a como uma enfermidade ultrarara. Apesar da importância da data, afirmou que havia pouco a ser comemorado, dada a precariedade do tratamento oferecido no país. Denunciou o descaso enfrentado especialmente pelos pacientes dos Estados de Pernambuco e Rio de Janeiro, onde persistiam falhas graves no acesso e na qualidade da assistência prestada. Relatou que as pessoas com talassemia necessitavam de

cuidados contínuos, como transfusões quinzenais de sangue e medicamentos para controle do ferro hepático e cardíaco, indispensáveis à sobrevivência com qualidade. Finalizou o informe solicitando apoio dos demais conselheiros para a mobilização em torno da garantia de tratamento digno, integral e humanizado às pessoas que conviviam com a talassemia em todo o território nacional. **2)** Informe sobre a atuação da Central Única dos Trabalhadores - CUT no processo da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - 5ª CNSTT, nos períodos de fevereiro a abril de 2025. *Apresentação:* Conselheira **Carmem Santiago** (CUT). A participação da CUT nesse importante espaço democrático de construção de políticas públicas voltadas à saúde da classe trabalhadora foi marcada por ampla mobilização, contribuições relevantes aos eixos debatidos e atuação ativa em todas as etapas do processo conferencial. Consideramos fundamental compartilhar com este Conselho um balanço dessa atuação, bem como os encaminhamentos que emergiram desse processo e que dialogam diretamente com as pautas do controle social e da promoção da saúde dos (as) trabalhadores (as) brasileiros (as). **3)** Informe sobre o Projeto de Lei nº 1584/2025. *Apresentação:* conselheira **Pérola Nazaré** (ONCB). Informe sobre o PL nº 1584/2025, que propõe a criação do chamado "Código Brasileiro de Inclusão". Trata-se de uma proposta legislativa que, embora apresentada sob a justificativa de sistematização de normas, foi construída sem qualquer diálogo com o segmento das pessoas com deficiência, violando frontalmente o princípio democrático que orienta o movimento: nada sobre nós, sem nós. Diante disso, é fundamental que este Conselho, comprometido com a garantia de direitos e com a participação social, debata o tema com a devida seriedade e se posicione publicamente quanto aos riscos que esse PL representa à consolidação de marcos legais historicamente construídos de forma participativa, como a Lei Brasileira de Inclusão. Anexo a esta solicitação, encaminho a Nota Pública da Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB) que expressa seu desacordo ao PL 1584/2025 e reivindica seu arquivamento imediato. A referida nota fundamenta, com consistência, a importância de que este Conselho se posicione em defesa dos direitos já conquistados pelas pessoas com deficiência. Dessa forma, solicito que o conteúdo da nota seja lido e considerado como ponto de pauta na próxima reunião ordinária do CNS, de modo que possamos garantir o necessário espaço de escuta, debate e deliberação sobre o tema. **4)** Informe sobre a 1ª Conferência Livre Nacional de Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador em Situação de Rua. *Apresentação:* conselheiro **José Vanilson Torres** (MNPR). Informe sobre a 1ª Conferência Livre Nacional de Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador em Situação de Rua. **5)** Informe sobre a negociação entre o Estado Rio Grande do Sul e municípios para quebra da gestão plena em Saúde de Porto Alegre. *Apresentação:* conselheiro **Carlos Ebeling** (Tuberculose - ART TB BR). Informou que o governador Eduardo Leite havia comunicado ao prefeito Sebastião Melo a intenção de que hospitais e unidades de saúde municipalizados, como o Pronto Socorro de Porto Alegre e o Hospital Presidente Vargas, especializados em atenção materno-infantil, fossem transferidos para a gestão estadual. Segundo relatou, o prefeito teria inicialmente aceitado a proposta por meio de documento oficial, o que deu início a negociações formais, inclusive com participação do Conselho Municipal de Saúde, do Conselho Estadual e de representantes do Ministério da Saúde. Relatou que, em meio ao processo, houve recursos e avanços na negociação, embora o prefeito tenha alterado sua posição mais de uma vez. Assinalou que, além da gestão hospitalar, a prefeitura teria cogitado transferir para o Estado a responsabilidade pelas UPAs, fisioterapia e demais serviços municipais, mantendo sob gestão local apenas a atenção básica. Contudo, alertou que cerca de 97% da atenção básica em Porto Alegre já estava sob gestão da iniciativa privada, por meio de contratos com hospitais como Santa Casa e Vila Nova, entre outros. Expressou forte preocupação com as implicações dessa possível renúncia à gestão plena, argumentando que se trataria, na prática, de uma intervenção na saúde municipal, o que poderia criar precedente nacional indesejável. Concluiu solicitando que o Ministério da Saúde e o CNS se posicionassem sobre a legalidade e os impactos dessa possível decisão, reforçando o risco de que o modelo do Rio Grande do Sul fosse replicado em outros estados, com prejuízos para o SUS e para a gestão pública descentralizada da saúde. **INDICAÇÕES – 1)** Convite do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da (SVSA), para participar da mesa de abertura: Conferência Livre Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora da População LGBTQIAP+, no dia 22 de abril de 2025. *Indicação (Referendar):* Conselheira e Integrante da MD Cristiane dos Santos (MS) (Reside em Brasília). **2)** Convite do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da (SVSA), para participar da abertura: Conferência Livre Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Campo, da Floresta e das Águas, no dia 23 de abril de 2025. *Indicação (Referendar):*

Conselheiro Jacildo de Siqueira Pinho (CONTRAF) (Remoto). **3)** Convite do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiente da (SVSA), para participar da mesa de abertura do “Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Combate ao Trabalho Escravo – Conferência Livre”, nos dias 28 e 29 de abril de 2025, em Brasília/DF. Indicação (Referendar): Conselheira e coord. CISTT Jacildo Pinho (CONTRAF) (Custeio SVSA). **4)** Convite da Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens, do Departamento de Gestão do Cuidado Integral, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde participar das atividades do Seminário Internacional de Monitoramento do Desenvolvimento na Primeira Infância, no dia 29 de abril de 2025. Indicação (Referendar): Conselheira, Coordenadora da CIASCV e integrante da Mesa Vânia Leite (CNBB) (Reside em Brasília). **5)** Convite da direção do DENASUS, para participar na mesa de abertura da 5ª Conferência Livre Nacional do SNA: O sistema Nacional de Auditoria do SUS e as novas relações de trabalho frente à saúde do trabalhador e da trabalhadora, dia 29 de abril de 2025. Indicação (Referendar): Conselheira e coord. CISTT Jacildo Pinho (CONTRAF) (Remoto). **6)** Convite do Gabinete do Ministro da Saúde, para participar de reunião sobre o Lançamento do estudo “Demografia Médica no Brasil 2025”, no dia 30 de abril de 2025, na sala de reuniões do Gabinete do Ministro. Indicação (Referendar): Conselheira e Integrante da MD Francisca valda da Silva (ABEn) (Estava em Brasília). **7)** Convite da GERENCIA REGIONAL do Programa de Promoção a Saúde, Ambiente e Trabalho (PSAT) da Fiocruz Brasília, em parceria com o Departamento de Prevenção e Promoção a Saúde da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (DEPPROS/SAPS para participar na Mesa de Abertura do Seminário de Lançamento do Projeto “Territórios Saudáveis e Sustentáveis na Promoção do Cuidado: abordagem interseccional e intersetorial na Promoção da Saúde”, no dia 07 de maio de 2025, Fiocruz. Indicação (Referendar): Conselheira Francyslane Vitória da Silva (ENEGRECER) (Reside em Brasília). **8)** Convite da Coordenação Geral de Vigilância da Tuberculose da Coordenação Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias Não Tuberculosas, mesa de abertura do SEMINÁRIO NACIONAL DE TUBERCULOSE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE, no dia 07 de maio de 2025, em Brasília. Indicação (Referendar): Conselheiro Carlos Ebeling(Tuberculose - ART TB BR) (Estava em Brasília). **9)** Convite do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), confirmamos a Conselheira Nacional de Saúde, Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto, para participar do Debate ao vivo sobre Opções terapêuticas no Tratamento do Glaucoma, dia 24 de maio de 2025. Indicação (Referendar): Conselheira Sylvia Elizabeth (Retina Brasil) (Remoto). *Comissões externas.* **10)** Correção da substituição de representante junto ao Departamento de Emergências em Saúde Pública na Câmara Técnica de Assessoramento em Emergências em Saúde Pública enviada, em substituição à Sra. Altamira Simões do Santos, sem prejuízo na indicação feita anteriormente na suplência. Indicação (Referendar): **Titular:** Alex Gomes da Motta (PSN); e **Suplente:** João Alves do Nascimento Junior (CFMV). *Atividade internacional.* **11)** Convite do Gabinete do Ministro da Saúde, para participar da Assembleia Mundial da Saúde, de 20 a 24 de maio de 2025 em Genebra- Suíça. Indicação **(Referendar):** Presidenta do Conselho – Fernanda Lou Sans Magano; Conselheira e Integrante da Mesa Diretora – Priscila Torres; e Secretaria Executiva do CNS – Gustavo Cabral. **12)** Convite da Aliança Global para a Saúde Musculoesquelética (G-MUSC) junto à Assembleia Mundial da Saúde: para participar de uma mesa redonda sobre discussão da dinâmica explorando o conceito de remissão em diversas doenças, no dia 21 de maio de 2025, em Genebra. (Estará em Genebra). Indicação (Referendar): Conselheira e Integrante da MD Priscila Torres (Biored Brasil). **Deliberação: as indicações foram aprovadas. COORDENADORES DE PLENÁRIA: Claudemir Fernandes da Silva - Roraima – Norte. Jamacyr Mendes Justino – Paraíba – Nordeste. Jefferson de Sousa Bulhosa Júnior – Distrito Federal – Centro-Oeste. Maria Izabel Giroto - Santa Catarina – Sul. Ubiracy Ferreira Suassuna – Sergipe – Nordeste. Wésia Nogueira de Sena – Rio Grande do Norte – Nordeste. JUSTIFICATIVAS DE AUSÊNCIA – Titular: Abrahão Nunes da Silva. Central de Movimentos Populares (CMP). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Ana Paula Castelo Fonseca Moreira. Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Cleide Cilene Farias Tavares. Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde). Prestadores de Serviços de Saúde. Motivo: Agenda de trabalho. Titular: Elenilson Silva de Souza. Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN). Usuário. Motivo: Rodízio de titularidade. Titular: José Ramix de Melo Pontes Junior. Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Luiz Aníbal Vieira Machado. Nova**

Central Sindical de Trabalhadores (NCST). Usuário. Rodízio de titularidade. Titular: Raimundo Carlos Moreira Costa Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT (SINTAPI-CUT). Usuário. Rodízio de titularidade. Titular: Renata Soares de Souza. Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP). Usuário. Rodízio de titularidade. Titular: Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto. Retina Brasil. Usuário. Rodízio de titularidade. Titular: Vanessa Suzana Costa. Federação Nacional das APAES (FENAPAES). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Vanja Andréa Reis dos Santos. União Brasileira de Mulheres (UBM). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Victoria Matos das Chagas Silva. União Nacional dos Estudantes (UNE) . Usuário. Motivo: agenda de trabalho. Titular: Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa. Associação Brasileira de Alzheimer e Condições Relacionadas (ABRAZ). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. **ITEM 4 – COMEMORAÇÃO DO 19º ANIVERSÁRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA O FUTURO DA SAÚDE INTEGRAL NO BRASIL - Apresentação: Henriqueta Tereza do Sacramento,** Professora de Saúde Coletiva da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM (participação virtual); **Daniel Amado**, Núcleo das PICS/SAPS/MS; **Marcos Antônio Trajano**, Gerência de Práticas Integrativas em Saúde - GERPIS/SES/DF; conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** – Coordenador da Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - CIPPISPICS. *Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS Conselheira Nacional de Saúde; e conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, Coordenador da CIPPISPICS, iniciou contextualizando o papel da CIPPISPICS, destacando os desafios enfrentados pelas PICS no âmbito do SUS, em especial dentro do Ministério da Saúde. Ressaltou que, apesar das recomendações históricas do CNS, a estrutura dedicada às PICS no Ministério permanece limitada. Criticou o baixo investimento em relação ao potencial das práticas e à sua importância para os segmentos populares, periféricos e tradicionais. Enfatizou que as práticas integrativas representam uma forma legítima de ciência, calcada em saberes ancestrais, e defendeu que o conhecimento popular seja reconhecido em pé de igualdade com a medicina convencional. Pontuou que a saúde, como direito, não pode ser reduzida a mercadoria e que o mercado frequentemente se opõe à valorização das PICS, por não gerar lucro aos grandes interesses econômicos. A seguir, a mesa abriu a palavra às pessoas convidadas. A primeira expositora foi a professora de Saúde Coletiva da EMESCAM, **Henriqueta Tereza do Sacramento**, que iniciou sua exposição saudando a Mesa Diretora, o presidente do CNS, os representantes do Ministério da Saúde. Relatou que, após uma longa trajetória no SUS, considerava importante compartilhar sua vivência com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICS, sobretudo a partir de sua atuação no município de Vitória/ES, onde exercera a função de referência técnica dessas práticas. Contou que começara a desenvolver e discutir as PICS ainda antes da institucionalização do SUS. Nessa linha, recordou seu trabalho como médica comunitária no interior do estado, em comunidades quilombolas e de descendência europeia, onde, diante da escassez de assistência farmacêutica, passara a reconhecer e valorizar o saber tradicional local, especialmente o uso de plantas medicinais. Disse que essa vivência foi determinante para seu encantamento com a fitoterapia, o que a levou a buscar formação e aprofundamento no tema. Afirmou que, desde 1988, buscara referências nacionais e internacionais, como a resolução da CPLAN e os marcos da OMS, que recomendavam o reconhecimento dos agentes populares de cura. Explicou que, ao retornar para a capital, passou a trabalhar em Vitória, onde encontrou gestores comprometidos com o SUS e com o acesso da população às PICS. Defendeu que o avanço dessas práticas estava diretamente relacionado ao comprometimento da gestão, sendo insuficiente contar apenas com políticas formais se não houvesse empenho dos responsáveis locais. Relatou que, em Vitória, diversos profissionais – médicos, farmacêuticos, acupunturistas, homeopatas e agrônomos – haviam abraçado a política, atuando com dedicação no atendimento à população. Inclusive, o município realizara concursos públicos para profissionais das chamadas “medicinas não convencionais” antes mesmo da criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Apontou essa medida como fundamental para a continuidade e institucionalização das ações. Mencionou que, desde 1991, foram realizados concursos e implantadas estratégias de efetivação da política, o que garantiria maior estabilidade. Alertou, entretanto, para os riscos que as PICS corriam diante do cenário atual, marcado pela desvalorização do serviço público, pelo desinteresse em concursos e pela mercantilização da saúde. Demonstrou preocupação com o uso inadequado da terminologia “medicina integrativa”, muitas vezes vinculada à oferta

de cursos pagos e fora do escopo do SUS. Defendeu que as PICS fossem compreendidas como parte de uma política pública do Ministério da Saúde, voltada à integralidade do cuidado. Ressaltou que, em Vitória, esse entendimento fora consolidado por meio da construção coletiva e democrática, com a realização de fóruns anuais e participação ativa de profissionais, gestores e da comunidade. Destacou que a Política Municipal de PICS fora validada em 2013 com a presença do Ministério da Saúde e aprovada pela Câmara Municipal. Apresentou a estrutura atual da equipe de referência do município, composta por ela, uma médica acupunturista e um agrônomo. Informou que o grupo atuava na implantação e acompanhamento das práticas, assim como na formação de profissionais por meio da Escola Técnica do SUS. Explicou que os cursos, como os de reiki, auriculoterapia e fitoterapia, contavam com carga horária específica e eram acompanhados por projetos de intervenção. Relatou também a experiência de implantação dos chamados “jardins terapêuticos” nas unidades de saúde – hortas com plantas medicinais utilizadas para fins terapêuticos e educativos. Acrescentou que as formações e aquisições de insumos eram viabilizadas com recursos do próprio município, demonstrando o comprometimento local com a política. Defendeu que as PICS fossem entendidas pela população como um direito garantido pelo SUS e que os usuários tivessem legitimidade para reivindicar sua ampliação. Afirmou que a gestão municipal promovia essa conscientização nas pré-conferências de saúde, incentivando a cobrança social. Além disso, ressaltou que o diálogo permanente entre técnicos, gestores e população era essencial para garantir a sustentabilidade da política. No mais, criticou o descompasso entre os dados locais e os apresentados por instâncias superiores, como o governo estadual e o Ministério da Saúde, destacando que o município possuía informações mais detalhadas, com indicadores de satisfação da população e dos profissionais. Por fim, convidou os presentes a visitarem Vitória para conhecerem de perto o trabalho realizado com as PICS, reforçando que havia muito mais por trás dos números e que a experiência concreta revelava os impactos reais das práticas na vida das pessoas. Anunciou que, em novembro, ocorreria a Semana Municipal das PICS e convidou representantes do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde a participarem do evento. A seguir, explanou o representante do Núcleo das PICS/SAPS/MS, **Daniel Amado**, que iniciou sua exposição agradecendo a oportunidade de representar a equipe ministerial e reforçou o papel histórico do CNS na construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC, inclusive na definição de seu nome. Ressaltou que o Conselho participou ativamente da formulação, monitoramento e acompanhamento da política desde sua origem, que completava 19 anos em maio de 2025. Informou que as PICS eram reconhecidas desde 1978 pela Organização Mundial da Saúde -OMS, conforme estabelecido na Declaração de Alma-Ata, que recomendava sua inserção nos sistemas nacionais de saúde. Explicou que a OMS possuía uma estratégia global de reconhecimento, regulamentação e pesquisa das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas, atualmente em fase de renovação para o período 2025-2034. No Brasil, essas diretrizes haviam se desdobrado em diferentes políticas públicas no âmbito do SUS, incluindo as voltadas à saúde indígena, aos povos tradicionais e à educação popular, além da própria PNPIC e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Destacou que os saberes tradicionais, como os das benzedeiras, raizeiros e curandeiros, eram reconhecidos por outras políticas públicas, e que a PNPIC se voltava às práticas realizadas por profissionais de saúde habilitados. Enfatizou a importância de que todas essas políticas fossem acompanhadas pelo controle social e sustentadas por diretrizes claras. mencionou que a 8ª Conferência Nacional de Saúde já havia incluído em seu relatório o reconhecimento das PICS e o direito de escolha terapêutica dos usuários. A 17ª Conferência reforçara esse compromisso, recomendando a ampliação da oferta das práticas. Informou que o número de participantes nas atividades registradas de PICS chegara a 9 milhões em 2024, com crescimento de mais de 70% nas ofertas nos últimos dois anos, segundo dados oficiais do SUS — embora, segundo ele, a prática real nos territórios fosse ainda mais ampla do que os dados captados pelos sistemas. Apontou que o número de equipes que ofereciam PICS subira de 10 mil em 2017 para mais de 23 mil em 2024, alcançando 84% dos municípios brasileiros. Informou que quase 21 mil estabelecimentos registravam procedimentos e que 98% dos municípios haviam ofertado PICS em algum momento. Lamentou, contudo, que a rotatividade de gestores e profissionais ainda levasse alguns municípios a interromperem suas ações. Ressaltou que doze estados e o Distrito Federal contavam com políticas estaduais formais de PICS, e que alguns, como Rio Grande do Sul e Minas Gerais, financiavam diretamente os municípios com base em indicadores. Apontou que as equipes multiprofissionais e da Estratégia Saúde da Família eram responsáveis pela maior parte dos atendimentos, realizados

principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, mas também em domicílios, polos da Academia da Saúde e escolas. Observou que cerca de 80% dos atendimentos em PICS eram voltados ao público feminino, o que demonstrava forte adesão. Destacou práticas com maior crescimento recente, como auriculoterapia, yoga, aromaterapia e meditação, e informou que mais de 20 mil profissionais já haviam sido formados em cursos promovidos pelo Ministério da Saúde, como o de auriculoterapia. Reportou que, pela primeira vez, a PNPIC passara a integrar o Plano Nacional de Saúde, com uma meta de 28 procedimentos por mil habitantes até 2027. Afirmou que, em 2024, a meta de 16 já havia sido superada, com 18,8 procedimentos por mil habitantes registrados em dezembro. Informou que o Ministério da Saúde vinha promovendo ações para melhorar o monitoramento das PICS por estados e municípios, incluindo vídeos explicativos e materiais técnicos. Apresentou os cinco eixos de atuação do núcleo: fortalecimento da política (com modelos de financiamento e produção de evidências); integração com outras políticas e programas (como curso de vida, cuidados paliativos, saúde mental); implementação nos territórios (com apoio técnico e ações formativas); articulação nacional (com universidades, conselhos e entidades); e cooperação internacional. Explicou que as PICS não se resumiam a um conjunto de práticas, mas representavam um modelo ampliado de cuidado centrado na integralidade do sujeito, no autocuidado, na participação da comunidade e no ambiente. Ressaltou que a formação dos profissionais era fundamental, já que muitas práticas não estavam presentes na formação acadêmica regular. Destacou a oferta de cursos no AVASUS, como o de tratamento de feridas com plantas medicinais, com potencial de impacto significativo na atenção a idosos e pessoas com pé diabético. Informou que o Ministério também promovia ações voltadas à saúde mental e ao autocuidado dos profissionais de saúde, diante do alto índice de afastamentos por adoecimento. Relatou ainda o desenvolvimento de linhas de cuidado em saúde mental e dor crônica, articuladas às PICS, e a produção de informes de evidência para apoiar os trabalhadores no uso das práticas com base científica. Por fim, destacou que o SUS fora selecionado para participar de um projeto-piloto da OMS voltado ao monitoramento global das práticas integrativas, reconhecimento que reforçava o protagonismo do Brasil na implementação dessas políticas. Agradeceu a oportunidade de dialogar com o Conselho Nacional de Saúde e colocou-se à disposição para contribuir no debate. Por último, expôs o médico de comunidade, **Marcos Antônio Trajano**, Gerente de Práticas Integrativas em Saúde, Gestor do ColabPIS, da SES/DF, iniciou agradecendo o convite e falando da sua formação como médico pela Universidade Federal da Bahia, com trajetória marcada pelo trabalho em regiões vulneráveis do estado e, posteriormente, no Distrito Federal. Explicou que sua migração para Brasília ocorreu a convite da dra. Carmen de Simone, a quem prestou homenagem, juntamente com o Dr. Nelson Felipe de Barros, por suas contribuições históricas à construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Ressaltou que fizera parte da primeira equipe nacional de coordenação da política e que, ao se afastar do Ministério da Saúde, passara a atuar como médico e gestor no DF. Relatou que sua fala tinha por objetivo prestar homenagem à trajetória de luta que consolidou a PNPIC, uma política que, nas suas palavras, nascera da periferia, marcada por estranhamentos e negações, mas que se construía no cotidiano e na vida real das pessoas antes mesmo de sua formalização legal. Utilizou uma metáfora para caracterizá-la como uma "mãe solo", sobrecarregada de demandas e expectativas, que trabalhava na "casa grande", mas que ainda não era reconhecida como filha legítima. Ressaltou que a PNPIC era expressão do SUS e, por isso, deveria refletir seus princípios e valores, sendo necessária uma celebração crítica dos seus 19 anos de existência. Inclusive, destacou que a Política possui papel importante na superação das iniquidades, assegurando inclusão, a fim de chegar às pessoas que mais necessitam. Ao representar oficialmente o DF, afirmou que esse foi o primeiro ente da federação a ofertar práticas integrativas de forma regular, desde 1983. Destacou que o território do Distrito Federal contava atualmente com uma política sólida, estruturada por meio da Gerência de Práticas Integrativas, criada em 2010, e por uma equipe técnica que coordenava ações em toda a rede. Informou que a política distrital contemplava 17 práticas, com presença em mais de 77% das unidades básicas de saúde e 65% dos serviços gerais, incluindo hospitais e centros especializados. Apresentou também a criação do Centro de Referência em Práticas Integrativas e da Unidade Básica de Práticas Integrativas em Saúde, que integravam hortos agroflorestais medicinais biodinâmicos. Explicou que esses espaços estavam alinhados à proposta da Farmácia Viva, implantada desde 1983, e que atualmente somavam 31 hortos implantados, recuperando áreas degradadas e promovendo saúde ambiental e comunitária. Defendeu que esses ambientes vivos favoreciam a integração entre práticas populares, tradicionais e profissionais, com autonomia dos territórios. Destacou o

papel das mulheres na consolidação da política, reconhecendo o protagonismo das trabalhadoras do SUS na implementação das PICS nas 27 unidades federativas, muitas vezes sem recursos, apoio institucional ou formação adequada. Afirmou que os resultados alcançados se deviam à dedicação dessas profissionais, que utilizavam as práticas não apenas como ferramentas de cuidado à população, mas também como meios de superação de seus próprios adoecimentos. Criticou a fragilidade da indução federal da política, afirmando que a adesão continuava discricionária e dependia da vontade política dos gestores locais, o que comprometia sua universalização e fortalecia desigualdades. Ressaltou a necessidade de que as práticas fossem reconhecidas como parte estruturante do SUS e integradas às demais políticas públicas, com financiamento adequado e diretrizes claras. Alertou que, embora houvesse crescimento na oferta, esse processo se dava sem o necessário alinhamento conceitual, o que podia fragilizar a identidade da política. Apontou ainda desafios relacionados ao monitoramento, à falta de códigos específicos no SIGTAP para algumas práticas e à ausência de articulação sistêmica. Reiterou que, sem indução financeira, muitos municípios não conseguiam sustentar suas ações, sendo essencial repensar os mecanismos de apoio da União. No caso do DF, relatou que a gerência mantinha relativa autonomia técnica e financeira para formação de profissionais, o que permitia a continuidade das ações mesmo diante das limitações do apoio federal. Informou que estavam sendo implantadas novas ações, como um programa de expansão das PICS alinhado à ampliação da atenção primária, a inclusão de indicadores nos sistemas de monitoramento da gestão e a oferta de uma residência multiprofissional com 15 vagas por ano nas áreas de educação física, farmácia, fisioterapia, nutrição e terapia ocupacional. Acrescentou que a residência médica também passaria a contemplar a área. Por fim, anunciou o convênio firmado com a Fundação Oswaldo Cruz, no valor de R\$ 21,6 milhão, para a produção de 43 produtos de práticas integrativas a serem disponibilizados à população do DF e do Brasil. Concluiu agradecendo ao Conselho Nacional de Saúde, destacando a importância da instância para a consolidação da PNPIC e reafirmando seu compromisso com o fortalecimento da política como instrumento de inclusão, justiça social e promoção da saúde. Concluídas as exposições, a mesa abriu a palavra para manifestações. Conselheiro **Thiago Soares Leitão** saudou a mesa e destacou a importância deste debate, visto que a PNPIC ainda carrega traços racistas por não contemplar práticas de matriz africana como rezas, benzimentos e cuidados realizados por mães e pais de santo. Ressaltou que, apesar da presença de referências às práticas indígenas, as comunidades de terreiro seguem invisibilizadas. Criticou o fato de essas práticas não constarem na lista oficial do Ministério da Saúde e apontou que, mesmo no direito à capelanía em unidades hospitalares, as religiões de matriz africana não são contempladas. Reivindicou a inclusão explícita dessas práticas como reconhecimento da ancestralidade afro-brasileira e da legitimidade dos saberes populares. Conselheiro **José Ramix de Melo Pontes Junior** cumprimentou a mesa e avaliou que a política deve ser celebrada também como ato de resistência. Ressaltou a importância de se ampliar o acesso às PICS, com valorização dessas práticas e de garantir sua segurança e institucionalização nos territórios. Também defendeu a criação de grupo de trabalho no CNS para atualização da política, com participação da Comissão Intersetorial de Promoção e Proteção e das demais comissões envolvidas. Sugeriu que o Conselho realize uma mesa específica sobre o Programa de Bioeconomia e Fitoterápicos, conduzido em parceria com a Fiocruz e o Ministério da Saúde. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** relatou que, nos territórios periféricos e populares, as PICS ainda são pouco acessíveis, especialmente onde historicamente nem médicos estiveram presentes. Destacou que essas práticas são fundamentais para o cuidado integral, inclusive da saúde mental, e que sua ausência nesses territórios representa uma grave desigualdade. Enfatizou a necessidade de garantir financiamento e inserção orçamentária para consolidar a política como estruturante do SUS. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** parabenizou os expositores e destacou a resistência dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde na execução da PNPIC frente à hegemonia da indústria farmacêutica. Mencionou o desafio da implementação das práticas em um país com número elevado de farmácias e forte cultura medicalizante. Defendeu o SUS como espaço de democratização da saúde e da vida, onde práticas integrativas devem ocupar papel de centralidade. Conselheira **Veridiana Ribeiro da Silva** enfatizou a ancestralidade das práticas e o protagonismo das mulheres negras nesse campo. Destacou a necessidade de vontade política para a implementação da Política, apontando que o problema nem sempre é falta de recursos, mas de decisão política. Reforçou a importância de trazer ao Pleno do Conselho a discussão sobre o Programa Intersetorial de Bioeconomia e Plantas Medicinais na Agricultura Familiar, apresentado recentemente à CIPPISICS. Conselheiro **Anselmo Dantas** resgatou a

história da implementação das PICS no município de Vitória/ES, entre os anos de 1989 e 1992, como política pública estruturada em promoção da saúde. Ressaltou que o SUS surgiu da resistência das periferias urbanas e que as práticas integrativas derivam dos saberes do povo, motivo pelo qual devem ocupar lugar central e não periférico no sistema de saúde. Conselheiro **João Pedro Santos** defendeu que o SUS seja reconhecido como “ameficano”, termo cunhado por Lélia Gonzalez, para refletir a ancestralidade negra e indígena do País. Enfatizou que práticas de cuidado oriundas dos povos quilombolas, com séculos de experiência em saúde coletiva, devem ser tratadas como ciência legítima. Criticou a medicalização do cuidado e defendeu que o reconhecimento dessas práticas é também um enfrentamento à opressão epistemológica. Conselheira **Lucimary Santos Pinto** parabenizou a mesa e relatou vivências pessoais com benzimento e outras práticas populares no Nordeste e identificou como obstáculos ao fortalecimento dessas práticas o desconhecimento, o ceticismo e a falta de integração com a medicina convencional. Nessa linha, reivindicou a ampliação da comunicação e da educação em saúde, com campanhas de esclarecimento para a população e os profissionais. Reafirmou que, em muitos municípios como o seu, no Maranhão, as PICS ainda são tímidas e pouco desenvolvidas. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** parabenizou o CNS pela deliberação da PNPIC em 2006 e defendeu o fortalecimento da política com base em financiamento público. Propôs a criação de contrapartidas tributárias a indústrias que causam adoecimento, como as do fumo e do álcool, para financiar a expansão das PICS. Conselheiro **Rildo Mendes** reivindicou que os saberes indígenas sejam reconhecidos como medicina indígena, e não subordinados ao conceito de práticas integrativas. Destacou que os povos originários estão dispostos a compartilhar esse conhecimento, desde que sejam consultados e respeitados seus protocolos tradicionais. Assim, defendeu a construção de políticas específicas e o devido investimento. Conselheira **Camila Francisco de Lima** relatou a experiência de Primavera do Leste/MT com a implantação de farmácias vivas e o uso de auriculoterapia entre servidores de saúde no pós-COVID. Reforçou a importância do chamamento público para inclusão de novos municípios no Programa e a valorização das ações já implementadas. Conselheira **Pérola Nazaré de Souza Ferreira** compartilhou memórias afetivas e práticas familiares com plantas medicinais e saberes ancestrais na Amazônia. Relatou a perda dessas tradições ao longo das gerações e expressou preocupação com a ausência de políticas públicas estruturadas em seu estado. Solicitou informações específicas sobre a oferta de acupuntura na região Norte. Conselheiro **Fernando Marcello Pereira** destacou que os espaços de práticas integrativas são também espaços de resistência da classe trabalhadora. Alertou para o risco de cooptação por parte da iniciativa privada e defendeu a inserção das PICS nas formações profissionais por meio dos conselhos de classe. Ressaltou a importância da articulação institucional para garantir sua consolidação como política pública. Conselheiro **Derivan Brito da Silva** problematizou o uso do termo “complementar” no nome da Política, por entender que isso subordina as práticas integrativas à medicina convencional. Assim, defendeu o conceito de integralidade e a reformulação da linguagem da política. Ressaltou a necessidade de formação profissional com base em uma perspectiva de cuidado plural e mencionou o sucesso do PET-Saúde que trabalhou com o tema das PICSs, contribuindo para romper barreiras nos serviços de saúde. Concluídas as falas, os expositores fizeram comentários sobre as questões colocadas. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, coordenador da CIPPIS/PICS/CNS, destacou a urgência de o Conselho Nacional de Saúde pautar o debate sobre a regulamentação do uso medicinal da cannabis, com enfoque no impacto social da atual inacessibilidade. Reforçou que a população de baixa renda enfrenta barreiras severas ao acesso, dado o alto custo dos produtos atualmente disponíveis no mercado. Afirmou que é dever do CNS liderar esse debate de forma qualificada e comprometida com a justiça social, indicando que continuará mobilizado para a promoção da pauta. Agradeceu o espaço e o apoio contínuo dos conselheiros e conselheiras, ressaltando que a luta pela valorização das PICS, inclusive em sua dimensão étnico-racial, segue como bandeira prioritária. Reiterou que essa discussão deve ser ampliada para contemplar políticas específicas para povos indígenas, comunidades quilombolas e de matriz africana, além da regulamentação da cannabis medicinal, todas articuladas sob uma perspectiva de equidade, financiamento público e institucionalização no SUS. O gerente de Práticas Integrativas em Saúde - GERPIS/SESDF, **Marcos Antônio Trajano**, ao fazer uso da palavra, reconheceu, inicialmente, que, apesar dos avanços alcançados no Distrito Federal, a política de práticas integrativas também enfrenta invisibilidade institucional, inclusive entre os próprios trabalhadores que a executam. Destacou que essa ausência de reconhecimento é adoecedora, pois desconsidera a dedicação histórica desses profissionais. Ressaltou que os bons resultados obtidos no DF são fruto de mais de

quatro décadas de trajetória, que antecedem, inclusive, a formalização da PNPIC. Enfatizou que a consolidação da política deve considerar que as práticas integrativas são construídas por trabalhadoras e trabalhadores do SUS nos territórios. Apontou que a visão de saúde precisa ser integral e integrativa, rompendo com a falsa dicotomia entre alopatia e práticas tradicionais. Para ele, o SUS precisa garantir desde o fio de estrutura hospitalar até os saberes populares, abrangendo promoção, prevenção, assistência, cuidados paliativos e o respeito ao direito de morrer com dignidade. Ao concluir, defendeu a criação de políticas específicas para povos indígenas, populações de matriz africana e sobre o uso medicinal da cannabis, advertindo que essas pautas não podem ser “encaixadas” à força na PNPIC. Usando a metáfora da “voadeira”, barco típico do Norte, afirmou que a política não aguenta mais sobrecarga e precisa de financiamento robusto e reconhecimento político. Conclamou o CNS a liderar uma construção normativa que respeite os formatos e saberes originários e populares, evitando imposições assimilacionistas que esvaziam sua essência. O representante do Núcleo das PICS/SAPS/MS, **Daniel Amado**, iniciou com um relato pessoal da trajetória de 15 anos à frente da política de PICS no âmbito federal. Recordou que, ao longo desse período, enfrentou diversas tentativas de desmonte da política, o que exigiu esforços permanentes de resistência e convencimento institucional para garantir sua continuidade. Destacou que, apesar das adversidades, foram alcançados importantes avanços, como o crescimento de 70% na oferta de práticas integrativas nos dois últimos anos, o que corresponde a cerca de 9 milhões de pessoas atendidas. Reconheceu, entretanto, que esse número ainda é insuficiente frente às dimensões populacionais do país, e que há necessidade de ampliar o acesso e estruturar a política de forma equânime nos territórios. Ressaltou que a PNPIC deve dialogar com outras políticas já existentes, como a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, que reconhece e fortalece as medicinas tradicionais em seus próprios marcos culturais. Reafirmou o compromisso da atual gestão com o fortalecimento da PNPIC, destacando que, atualmente, a política está alocada no Departamento de Promoção da Saúde da SAPS/MS. Informou que há articulações em curso com outras secretarias e departamentos, como o de atenção hospitalar, para ampliar o alcance das práticas integrativas em diferentes níveis de atenção. Encerrou sua fala reiterando que a construção da política pública é necessariamente colaborativa e intersetorial, convidando o Conselho Nacional de Saúde a continuar atuando como parceiro estratégico na ampliação, defesa e qualificação da PNPIC, especialmente diante dos desafios de financiamento, institucionalização e superação das desigualdades de acesso. A Professora **Henriqueta Tereza do Sacramento** não conseguiu conectar-se novamente à reunião. **Na sequência, a coordenação da mesa fez a leitura dos encaminhamentos que surgiram neste ponto de pauta: 1) defender a inclusão das práticas e saberes das comunidades tradicionais de terreiro dentro das PICS, superando o viés racista; 2) recuperar os saberes indígenas e a Medicina Indígena e a incorporação na Política própria; 3) reiterar a necessidade de garantir financiamento para as práticas, na lógica da política pública e não da iniciativa privada; 4) propor a criação de programas de comunicação e divulgação das práticas integrativas e complementares de saúde e desmistificar preconceitos por meio de campanhas informativas voltadas à população e às pessoas trabalhadoras da saúde; 5) reforçar a necessidade de rubrica financeira específica para a garantia da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; 6) remeter à Mesa Diretora do CNS a proposta de pautar debate no Pleno do Conselho sobre o Programa Intersetorial de Bioeconomia de Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Agricultura Familiar e de criar GT para tratar sobre a Política e definir subsídios para agilizar as práticas e a incorporação dessa Política no cotidiano.** Com esse registro, a mesa agradeceu a presença das pessoas convidadas e encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes: nomes serão incluídos. Retomando, às 14h15, a mesa foi composta para o item 5 da pauta. **ITEM 5 - COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO - CIRHRT** – Informes. Apresentação dos pareceres de processos de autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação da área da saúde. Informes gerais. *Coordenação:* conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora da CIRHRT/CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* conselheiro **João Pedro de Souza**, coordenador adjunto da CIRHRT/CNS. Após cumprimentos da mesa, o coordenador adjunto da Comissão apresentou informe sobre os pareceres técnicos emitidos pela Comissão no período de 3 a 30 de abril de 2025, tendo sido analisados dezessete processos, sendo doze de Enfermagem, quatro de Odontologia e um de Psicologia. Para conhecimento, fez uma explanação geral sobre esses dezessete processos analisados pela Comissão: **1) Relação**

entre número de processos analisados e ato regulatório - Autorização vinculada a credenciamento: 17; Autorização: 0; Autorização vinculada a credenciamento fora da sede: 0; e Reconhecimento: 0; **2) Relação entre número de processos analisados e Curso - Enfermagem: 12; Odontologia: 4; e Psicologia: 1; 3) Relação de cursos e tipo de ato regulatório: autorização vinculada ao credenciamento: 12 de Enfermagem, 4 de Psicologia e 1 de Psicologia; e 4) Relação entre número de processos analisados e parecer final: 16 insatisfatórios; e 1 satisfatório com recomendações.** Recordou que os pareceres foram enviados previamente a todas as pessoas conselheiras, seguindo as determinações do Regimento Interno do CNS. Na sequência, conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora da CIRHRT/CNS, relatou que nos dias 29 e 30 de abril de 2025 ocorrera a 126ª Reunião Ordinária da CIRHRT, com o objetivo de aprofundar o debate sobre a qualificação na ótica do controle social. Nessa linha, disse que foi discutida a atualização das diretrizes curriculares nacionais - DCNs dos cursos da saúde, e lembrou que as DCNs de Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Nutrição e Medicina já haviam sido discutidas pelo CNS e estavam aguardando homologação e publicação. Abordou também a preocupação com o crescimento da oferta de cursos de graduação em saúde na modalidade de Educação a Distância - EAD, sem regulamentação legal adequada. Recordou que o artigo 80 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação LDB previa a EAD, mas condicionava sua aplicação à regulamentação específica, o que ainda não havia ocorrido de forma satisfatória. Relatou que o CNS já havia emitido diversas recomendações contra a autorização de cursos EAD para a área da saúde, como as Recomendações nº 69/2017 e nº 40/2024. Afirmou que o CNS participou de grupos de trabalho e consultas públicas para tratar da regulamentação da EAD, defendendo a obrigatoriedade do ensino presencial para os cursos da área da saúde. Mencionou ainda que o Ministério Público e o Tribunal de Contas da União haviam reconhecido a fragilidade da oferta EAD sem regulamentação e que o Ministério da Educação havia publicado portarias sucessivas prorrogando o prazo para publicação de decreto regulador, e o último venceria em 9 de maio de 2025. Destacou que o CNS reiterava sua posição contrária à mercantilização da educação e à flexibilização das diretrizes de qualidade na formação em saúde, e que aguardava a publicação do decreto prometido, com consulta pública prévia. Chamou atenção para a pressão política contrária à regulamentação, inclusive com argumentos infundados sobre prejuízo ao acesso ao ensino superior, e solicitou apoio da rede conselhos (CNS, estaduais e municipais de saúde) para o fortalecimento dessa pauta nas conferências livres da 5ª CNSTT. Conselheiro **Anselmo Dantas** elogiou o trabalho da CIRHRT e afirmou que o verdadeiro conflito não se referia a acesso, mas sobre acesso à educação de qualidade. Ressaltou a responsabilidade do Estado como regulador e a necessidade de garantir ensino público e de excelência. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior** reforçou a fala do conselheiro Anselmo, criticando a mercantilização da saúde e da educação e reafirmando o compromisso do CNS com a defesa dos direitos constitucionais. Destacou a importância de parcerias estratégicas entre os Ministérios da Educação e da Saúde em campanhas de imunização e outras ações conjuntas, rechaçando qualquer aliança com a privatização e sucateamento dos serviços públicos. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora da CIRHRT/CNS, concluiu afirmando que o CNS era o responsável pela avaliação de cursos na perspectiva da formação voltada para as necessidades da população e reafirmou que as profissões da saúde exigiam formação presencial, com práticas em campo. Condenou o uso de modalidades intermediárias como "ensino semipresencial" e destacou que cursos presenciais com 40% de carga horária em EAD comprometiam a formação dos profissionais e o futuro do SUS. Encerrou a apresentação com um apelo pela mobilização coletiva contra os retrocessos na formação em saúde. Para conhecimento. Não houve deliberação. **ITEM 6 – TRABALHO - TEMPO LIVRE E SAÚDE - BEM VIVER - Bruno Chapadeiro**, Professor Adjunto da Universidade Federal Fluminense – UFF. *Apresentação:* **Eliete Paraguassu**, Vereadora de Salvador (PSOL); **Karla Freire Baeta**, Diretora Geral da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA/ SEVSAP/ SES-PE); conselheiro **Jacildo de Siqueira Pinho**, Coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT/CNS. *Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. A coordenação da mesa deu início ao debate sobre o tema **“Trabalho, Tempo Livre, Saúde e Bem Viver”**, com convite às pessoas convidadas para compor a mesa. Conselheiro **Jacildo de Siqueira Pinho**, Coordenador da CISTT/CNS, fez uma inicial, cumprimentando a plenária e destacando que a composição da mesa com os convidados presentes reforçava a legitimidade e a relevância da pauta, que deveria ecoar nas discussões preparatórias para a 5ª Conferência Nacional de Saúde do

Trabalhador e da Trabalhadora - 5ª CNSTT. Encerrou desejando uma boa pauta a todos e conclamou a escuta atenta às exposições subsequentes. O primeiro expositor foi o professor Adjunto da UFF, **Bruno Chapadeiro**, que começou com agradecimentos ao Conselho pelo convite e com destaque ao tema “Trabalho, Tempo Livre, Saúde e Bem Viver” como pauta estratégica para o momento atual. Explicou que a escolha do tema fora fruto de deliberação no âmbito da CISTT, da qual fazia parte como representante do Conselho Federal de Psicologia. Informou que sua fala se baseara em uma pesquisa recente realizada na UFF e em um estudo nacional conduzido em parceria com a Fundação Getulio Vargas - FGV, que investigara a viabilidade da redução da jornada laboral para quatro dias semanais. Relatou que diversas empresas no Brasil haviam aderido voluntariamente à proposta, inspiradas no movimento internacional *4 Day Week Global*, e que o estudo buscava compreender os impactos dessa iniciativa sobre a saúde dos trabalhadores, a produtividade e a organização do trabalho. Situou o tema no contexto do novo e precário mundo do trabalho, caracterizado por desindustrialização, crescimento da informalidade, intensificação das jornadas e aumento do adoecimento mental. Referenciando autores como Ricardo Antunes, explicou que essa realidade impunha desafios à preservação da saúde e à qualidade de vida dos trabalhadores. Apontou que, segundo o anuário estatístico da Previdência Social, houve crescimento de quase 70% nos afastamentos por transtornos mentais no último ano, totalizando mais de 470 mil casos. Destacou que a precarização era agravada por questões de classe, gênero, raça, orientação sexual e deficiência, e que a análise interseccional era imprescindível para compreender a realidade do trabalho no Brasil. Ressaltou que grande parte da força de trabalho estava submetida à escala 6x1, especialmente em setores como comércio, serviços e saúde, o que prejudicava significativamente a saúde física e mental dos trabalhadores. Apresentou dados preliminares de uma pesquisa conduzida por uma colega na UFF com mais de 500 participantes, na qual mais de 70% dos trabalhadores relataram que a escala 6x1 comprometia sua saúde física e cerca de 80% apontaram danos à saúde mental. Citou também a média de deslocamento em grandes cidades como Rio de Janeiro e São Paulo, que variava de três a quatro horas diárias, e destacou os impactos dessa realidade sobre a vida das mulheres, especialmente as mães. Discorreu sobre a intensificação do trabalho mesmo em jornadas reduzidas, alertando que a simples redução dos dias de trabalho não significava, necessariamente, diminuição da carga laboral. Observou que o modelo de trabalho baseado em entregas poderia gerar sobrecarga e esvaziar o propósito de garantir tempo livre para lazer, ócio e bem viver. Apresentou resultados da pesquisa realizada no contexto do *4 Day Week Global*, que avaliou um projeto piloto com 21 empresas brasileiras, a maioria de pequeno e médio porte, atuantes nos setores de tecnologia, comunicação e finanças. Informou que essas empresas aderiram à proposta de redução da jornada com manutenção de 100% do salário e expectativa de preservação da produtividade. Explicou que os gestores participantes relataram motivações como valorização do tempo livre, prevenção do adoecimento mental e atração de talentos. Destacou que, embora os relatos sugerissem benefícios, a pesquisa indicara que a redução da jornada não deveria ser dissociada da discussão sobre remuneração, organização do trabalho e vínculos contratuais. Argumentou que, sem essas garantias, trabalhadores poderiam utilizar o dia “livre” para realizar bicos e complementar renda, sobretudo em setores com precarização como o da saúde. Questionou também quem, de fato, tinha acesso ao modelo 4x3, apontando que, nas empresas analisadas, ele fora implementado prioritariamente por profissionais de escritório, enquanto os trabalhadores da produção e do chão de fábrica continuavam em escalas rígidas. Defendeu, portanto, a necessidade de discutir a divisão social, sexual e racial do trabalho e a efetiva qualidade dos vínculos laborais. Finalizou sua apresentação destacando que o estudo buscou compreender as motivações, expectativas e contradições atribuídas ao trabalho pelos gestores empresariais e que sua finalidade era subsidiar o debate político e social sobre novas formas de organização do tempo de trabalho. Informou que cópias do estudo seriam encaminhadas a parlamentares como a deputada Érika Hilton e o vereador Henrique Azevedo, e defendeu a realização de pesquisas longitudinais que pudessem monitorar, ao longo do tempo, os efeitos da redução da jornada sobre a saúde e o bem viver dos trabalhadores. Na sequência, expôs a Diretora Geral da APEVISA/SEVSAP/SES-PE, **Karla Freire Baeta**, que começou agradecendo o convite e afirmando que faria uma abordagem do tema de forma complementar à exposição anterior. Enfatizou que falar de tempo livre, trabalho e bem viver exigia ultrapassar a lógica tradicional da jornada laboral, tratando-se de uma reflexão mais ampla sobre modos de vida em sociedade. Mencionou ter estruturado sua fala em torno de seis eixos: o tempo, o trabalho, o tempo livre, os impactos da pós-modernidade e do capitalismo 4.0, a crise do modelo

657 civilizatório e algumas perspectivas para novas formas de vida em sociedade, incluindo o bem
658 viver. Ao tratar do tempo, destacou sua natureza multifacetada, cronológica, subjetiva, histórica
659 e até climática, e argumentou que o tempo, embora muitas vezes tratado como abstrato, era,
660 na verdade, uma construção social e histórica, útil para organizar e quantificar a vida coletiva.
661 Ressaltou que, na pós-modernidade, o tempo adquirira características de fragmentação,
662 aceleração e subjetividade, alterando a percepção cotidiana das pessoas. Sobre o trabalho,
663 reiterou sua centralidade na vida humana e na sociedade, sendo elemento de sociabilidade,
664 realização, transformação e reprodução social. No entanto, observou que, sob o modelo do
665 capitalismo 4.0, o trabalho frequentemente deixava de ser escolha e passava a ser mera
666 necessidade de subsistência, gerando alienação. Salientou que, na perspectiva da
667 determinação social da saúde, o trabalho exercia papel fundamental no processo saúde-
668 doença, o que reforçava a importância de se tratar do trabalho como direito humano e social, a
669 ser garantido pelo Estado. Comentou também sobre a indivisibilidade dos direitos humanos,
670 incluindo o direito ao trabalho em condições justas, ao descanso, ao lazer e à limitação das
671 horas de trabalho. Criticou a permanência de escalas laborais herdadas do século XIX, como a
672 6x1, argumentando que tais modelos deveriam ser superados. Lembrou que a Constituição
673 brasileira reconhecia o trabalho como direito social e que tais garantias só se efetivavam com a
674 atuação das políticas públicas e a participação social. A palestrante apontou que a efetividade
675 dessas políticas dependia de sua concretude nos territórios e da escuta ativa da sociedade,
676 destacando a importância da 5ª Conferência Nacional de Saúde das Trabalhadoras e
677 Trabalhadores – 5ª CNSTT como espaço estratégico de construção coletiva. Reforçou a
678 necessidade de se considerar, no debate, a sobreposição entre jornada de trabalho, tempo de
679 trabalho e tempo livre, chamando atenção para a crescente apropriação do tempo livre pelo
680 capital, especialmente com o advento da hiperconectividade. Analisou as transformações do
681 trabalho e seus impactos na saúde, incluindo a intensificação dos riscos psicossociais, o
682 aumento de doenças crônicas, a uberização, a informalidade e os processos de terceirização.
683 Mencionou os desafios enfrentados por trabalhadores autônomos e microempreendedores,
684 inclusive quanto ao direito à desconexão, ao descanso e à proteção social. Ressaltou que
685 essas condições também afetavam familiares dos trabalhadores, especialmente nos casos de
686 atividades realizadas no domicílio, e advertiu sobre os riscos à saúde pública associados à
687 precarização sanitária de serviços e produtos. No campo das perspectivas, apresentou os
688 chamados “quatro S” propostos por Jaime Breilh, sustentabilidade, soberania, solidariedade e
689 seguridade, como critérios fundamentais para avaliação da vida em sociedade. Argumentou
690 que, sob o modelo vigente de acumulação capitalista, era praticamente impossível cumprir tais
691 critérios. Criticou a infodemia estrutural e a crise ética do conhecimento, e alertou que a vida
692 humana, como bem supremo, encontrava-se ameaçada. Finalizou conclamando à retomada da
693 defesa e da garantia dos direitos humanos, das políticas de proteção social e da reconstrução
694 da solidariedade. Reiterou a urgência de pautar novos direitos, como o da desconexão, e
695 sugeriu que experiências como “apagões” forçados, relatados em Portugal e Espanha, haviam
696 levado as pessoas a redescobrir conexões humanas e valores esquecidos. Concluiu desejando
697 que suas reflexões contribuíssem para o debate e para a construção de uma sociedade mais
698 justa e saudável. Seguindo, expôs a vereadora **Eliete Paraguassu**, primeira vereadora
699 quilombola eleita em Salvador pelo PSOL, mulher negra, marisqueira e pescadora da Ilha de
700 Maré. Iniciou sua exposição saudando a mesa e apresentando-se como militante do
701 Movimento de Pescadores e Pescadoras, com mais de duas décadas de atuação em defesa
702 do povo negro, do meio ambiente e do bem viver. Informou que integrava diversas
703 organizações como a Articulação Nacional de Pescadores e Pescadoras, a Coalizão Negra por
704 Direitos, a Coletiva Mahin e o Fórum Marielle. Afirmou que sua luta era marcada pelo
705 enfrentamento direto ao racismo ambiental, à violência política e à hegemonia branca que
706 limitava o acesso de comunidades tradicionais aos espaços de decisão. Denunciou os efeitos
707 devastadores da industrialização sobre os territórios pesqueiros, citando o caso da Ilha de
708 Maré, situada na Baía de Todos os Santos, uma área de proteção ambiental composta por 54
709 ilhas e atingida pela poluição gerada por grandes empreendimentos. Convidou os participantes
710 a assistirem ao documentário *Assassino Invisível*, que expunha os danos causados pelo lixo
711 industrial no território. Relatou que cerca de 90% da população da Ilha de Maré vivia
712 exclusivamente da pesca artesanal e que a poluição decorrente da exploração de petróleo e da
713 presença de grandes complexos industriais vinha comprometendo a qualidade de vida, a saúde
714 e a soberania alimentar da comunidade. Compartilhou lembranças de episódios traumáticos,
715 como o contato direto com manguezais contaminados por petróleo, e lamentou a falta de
716 informações acessíveis sobre os riscos à saúde causados por substâncias como cádmio,

mercúrio e propeno. Destacou que o território em que vivia possuía altos índices de câncer, anemia falciforme, albinismo e doenças neuropsicológicas, como autismo e TDAH, especialmente entre crianças. Informou que morava a menos de um quilômetro de um dos maiores polos industriais da Bahia, em uma região que concentrava poços de petróleo e instalações químicas. Afirmou que os corpos da população negra e quilombola tornaram-se ponto de amortecimento dos danos ambientais, diante da ausência de barreiras protetoras entre os empreendimentos e as comunidades. Denunciou a criminalização dos movimentos sociais que defendiam o direito à vida, à pesca e à preservação dos territórios tradicionais e relatou ter sofrido perseguições e processos judiciais por parte de empresas como a Petrobras, inclusive com ações que previam multas diárias exorbitantes caso organizasse mobilizações. Contou que, em razão das ameaças, precisara deixar o país temporariamente e que a violência política antecedia, frequentemente, qualquer ação institucional. Relatou que estudos da Fiocruz e da UFBA haviam comprovado os impactos ambientais e sanitários na Ilha de Maré, mas que o Estado ainda não havia adotado providências efetivas. Mencionou que o território era cortado por dutos de petróleo e que parte da contaminação se dava por resíduos industriais antigos, armazenados há mais de 70 anos, agora mobilizados pelas obras e pela exploração do solo. Criticou o projeto da Ponte Salvador-Itaparica, desenvolvido em consórcio com capital chinês, por representar mais uma ameaça ao modo de vida das comunidades tradicionais da Baía de Todos os Santos. Argumentou que o empreendimento desconsiderava a vida existente na região e impunha riscos diretos à saúde da população e à biodiversidade local. Destacou que a Baía de Todos os Santos era uma APA sistematicamente violada em nome do capital. Reiterou que sua atuação como vereadora pautava-se pela denúncia do racismo ambiental e pela defesa do bem viver. Explicou que o “Mandato Popular das Águas” havia sido construído coletivamente e que, a partir dele, fora possível sediar em Salvador o Observatório de Povos e Comunidades Tradicionais da Fiocruz. Disse que, com o apoio da instituição, estavam sendo desenvolvidas tecnologias sociais voltadas ao enfrentamento do racismo ambiental. Comentou que a criação recente da Secretaria do Mar, pela Prefeitura de Salvador, gerara uma oportunidade de diálogo sobre políticas públicas para as populações das águas. Inclusive, informou que havia compromisso firmado entre a Secretaria e a Fiocruz para a realização de exames epidemiológicos nas comunidades da região. Concluiu sua fala enfatizando que o racismo ambiental configurava uma política de extermínio contra os corpos negros e que o capital se valia dessa lógica para perpetuar desigualdades. Reforçou o pedido de apoio ao CNS e ao Ministério da Saúde para frear esse modelo de desenvolvimento destrutivo e garantir os direitos das populações tradicionais, especialmente mulheres e crianças. Agradeceu pela escuta e reiterou a urgência de um novo olhar sobre a Bahia e seus territórios historicamente violentados em nome do lucro. Concluídas as exposições, foi aberta a palavra ao Pleno do Conselho. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** lembrou uma missão realizada em Barcarena/PA, quando ainda integrava o Conselho Nacional de Direitos Humanos, e descreveu a contradição entre a abundância de recursos hídricos na região e a distribuição de água imprópria ao consumo humano, como resultado de uma lógica de exploração mineral voltada exclusivamente ao lucro. Alertou que tal contexto expôs comunidades a riscos ambientais e humanos comparáveis ou superiores aos desastres de Brumadinho. Relacionou esse modelo de exploração ao debate da escala 6x1, defendendo que a vida e a saúde dos trabalhadores deveriam prevalecer sobre os interesses do capital. Chamou atenção para casos extremos, como o da rede de supermercados gaúcha que adota a escala 10x1, e concluiu que o Conselho precisava se posicionar com firmeza na defesa de jornadas dignas e da redução da carga horária de trabalho, como forma de assegurar o bem viver. Conselheira **Márcia Cristina Bandini** chamou a atenção para os contratos de trabalho precarizados, como a pejotização, e criticou a decisão do ministro Gilmar Mendes que suspendeu a tramitação nacional de ações trabalhistas sobre o tema, classificando-a como grave e prejudicial à proteção social. Defendeu que o Pleno do CNS acompanhasse de perto esse processo, pois ele refletia as consequências das reformas trabalhista, previdenciária e da terceirização, que institucionalizaram práticas antes ilegais. Alertou para os riscos à arrecadação previdenciária e à sustentabilidade do sistema de proteção aos idosos, e reiterando a necessidade de o Conselho se posicionar politicamente diante da pejotização. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** defendeu que o trabalho digno deveria ser reconhecido como direito social e que a discussão sobre jornada precisava considerar os impactos das novas formas de exploração, como a uberização. Afirmou que essas relações “flexibilizadas” criaram um cenário de ausência de regras, levando ao adoecimento físico e mental dos trabalhadores. Destacou que a reversão da reforma trabalhista exigia enfrentamento político no Congresso e junto ao governo federal,

reconhecendo a dificuldade da luta, mas reafirmando sua legitimidade histórica. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS elaborasse uma recomendação sobre a pejotização. Além disso, alertou para os riscos da privatização interna do SUS, por meio de OSs e PPPs, enfatizando que o trabalhador precisava ter garantido o tempo livre não apenas como descanso, mas como qualidade de vida e condição para uma produtividade saudável. Conselheira **Rafaela Bezerra Fernandes** elogiou as falas dos expositores e considerou o momento propício para reflexão sobre as próprias condições de trabalho dos conselheiros. Ressaltou que discutir a escala 6x1 era discutir qualidade de vida e também a qualidade dos serviços prestados, defendendo o acesso aos direitos culturais e de lazer como parte essencial da cidadania. Afirmou que, para garantir esses direitos, seria necessária ação intersetorial e vontade política. Apontou que o cansaço e o adoecimento tinham função desmobilizadora, impedindo a organização coletiva, e defendeu o enfrentamento às jornadas extensas, remunerações insuficientes e vínculos precários como forma de construção de uma nova sociabilidade. Conselheira **Rosa Maria Anacleto** ressaltou a importância do tema para os trabalhadores uberizados, que, embora excluídos do mercado formal, enfrentavam jornadas excessivas e adoeciam precocemente, sobrecarregando o SUS. Criticou o discurso do empreendedorismo e denunciou o racismo ambiental e estrutural como fatores que negavam direitos à população negra, tratada como descartável. Saudou a representatividade de Eliete Paraguassu como mulher negra e quilombola. Conselheiro **Anselmo Dantas** endossou a denúncia de Eliete como retrato da tragédia de um modelo de desenvolvimento subserviente, que deslocava para a periferia do mundo as formas mais brutais de produção. Relembrou episódios semelhantes em seu estado e citou o sociólogo Zygmunt Bauman para destacar que a dignidade humana vinha sendo dissolvida por uma modernidade que manipulava emocionalmente os sujeitos por meio das tecnologias. Considerou que a denúncia da exclusão e da morte de pessoas negras e pobres era urgente e deveria ser pauta na COP 30, pois se tratava de um modelo que negava o direito ao bem viver. Conselheiro **Thiago Soares Leitão** reforçou a potência do debate, mas criticou que a fala de Eliete Paraguassu não tivesse recebido a devida centralidade, identificando nesse esquecimento a expressão do racismo. Afirmou que o racismo ambiental precisava de um espaço próprio de discussão, dado seu apagamento recorrente. Relatou a situação de seu estado, onde comunidades tradicionais estavam sendo destruídas por mineradoras, e propôs que o Conselho realizasse uma mesa específica sobre o tema, com foco no enfrentamento do racismo ambiental, como parte da missão institucional do CNS. Conselheiro **Éder Pereira** recordou a denúncia da superexploração feita por Marx e Engels no Manifesto Comunista, e afirmou que o modelo vigente continuava a mercantilizar a força de trabalho, afetando principalmente negros e negras. Saudou a composição da mesa por incluir o debate racial na discussão trabalhista, e reafirmou o compromisso da CTB com a luta histórica pela redução da jornada de trabalho. Informou sobre um projeto de lei em tramitação no Congresso, construído em parceria com a deputada Daiana Santos, para reduzir a escala de 6x1 para 5x2, com limite de 40 horas semanais. Defendeu que essa era uma pauta central para assegurar o direito à vida com dignidade. Conselheira **Ruth Cavalcanti Guilherme**, integrante da CISTT/CNS, registrou agradecimento pela realização da mesa temática e ressaltou que o objetivo do debate era justamente provocar reflexões que pudessem fortalecer as posições políticas das pessoas conselheiras, a partir de temas estruturais. Considerou que a sociedade moderna impôs um ritmo acelerado de trabalho, que afastava os indivíduos do descanso, da convivência e do cuidado de si, e que discutir o equilíbrio entre tempo livre e trabalho significava defender a dignidade humana. Ressaltou que o trabalho deveria ser reconhecido como direito à vida e concluiu conclamando os participantes a construírem, por meio da 5ª CNSTT, relações mais justas e saudáveis. Por fim, elogiou a intervenção da vereadora Eliete Paraguassu, reconhecendo sua força ao trazer à tona o racismo presente até mesmo no interior dos espaços institucionais. Conselheira **Lúcia Modesto Xavier**, sentindo-se contemplada nas falas anteriores, especialmente a do conselheiro Anselmo, agradeceu à mesa e, em especial, a vereadora Eliete, por sua presença marcante e pela sensibilidade ao tratar de questões tão próximas e dolorosas. Conselheira **Pérola Nazaré de Souza** expressou preocupação com a ausência de atenção, durante a mesa, às múltiplas jornadas enfrentadas pelas mulheres, especialmente aquelas que conciliavam trabalho remunerado com cuidados familiares e tarefas domésticas. Relatou a experiência de um projeto da UCB voltado a gestantes com deficiência e citou o caso de uma mulher que, apesar de acesso a exames modernos, sofreu depressão pós-parto por falta de apoio. Defendeu que o CNS priorizasse a pauta das mulheres com deficiência, reconhecendo sua sobrecarga e a necessidade de visibilidade nas políticas

públicas. Reforçou a importância da denúncia de Eliete Paraguassu e apoiou a proposta de realizar mesa específica sobre racismo ambiental. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** reforçou que, mesmo no século XXI, trabalhadores continuavam adoecendo e morrendo em seus ambientes de trabalho. Afirmou que o investimento em políticas públicas voltadas à saúde laboral deveria ser encarado não como custo, mas como responsabilidade coletiva, que evitava tragédias humanas, ações judiciais e gastos públicos. Lamentou que o SUS arcasse com os custos de omissões patronais sem ressarcimento e defendeu a responsabilização das empresas. Reforçou a urgência de combater a escala 6x1 e destacou a importância de divulgar os cadernos produzidos sobre metais pesados pela CISTT/CNS, especialmente durante a 5ª Conferência. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, ao comentar o debate, valorizou a qualidade das falas, afirmando que o espaço de fala no Plenário também servia para que eles fossem provocados e pudessem formular suas respostas e posições. Retomou a denúncia feita pelo conselheiro Getúlio sobre a rede Zaffari e relatou que, neste supermercado, muitas das pessoas operadoras de caixa somente conseguiam ir ao banheiro em horários determinados. Considerou esse fato um exemplo do desrespeito patronal à dignidade dos trabalhadores. Defendeu também a realização de uma mesa específica sobre racismo ambiental, fazendo paralelos com os ataques às aldeias indígenas e com a contaminação de terras e águas promovidas pelo agronegócio. Conselheiro **José Vanilson Torres** teceu críticas contundentes ao modelo de exploração sustentado pela elite econômica e relacionou os danos ambientais provocados por mineradoras, empresas do setor energético e ausência de saneamento à perpetuação de desigualdades e ao agravamento da miséria. Afirmou que a classe dominante produzia doenças e vendia remédios que também adoeciam, alimentando um ciclo de sofrimento e morte. Defendeu que o povo não aceitasse migalhas, mas exigisse direitos constitucionais, e saudou a força da fala da vereadora Eliete, recordando a atuação de lideranças como Maria Lúcia Santos, da Bahia. Conselheiro **Rildo Mendes** destacou que era necessário aprender com o bem-viver dos povos indígenas. Relatou sua experiência em um evento com o povo Guarani, onde observou que o bem-viver estava associado ao fazer artesanal, à saúde mental, ao vínculo com o território e à sensação de segurança e pertencimento. Concluiu que ainda havia muito a ser debatido sobre o verdadeiro significado de bem viver, especialmente em sua interface com a saúde mental dos trabalhadores. Concluídas as manifestações, foi aberta a palavra às pessoas convidadas para comentários. O Professor Adjunto da UFF, **Bruno Chapadeiro**, agradeceu as falas e afirmou que, como psicólogo, valorizava a escuta nesses espaços de participação. Ressaltou que, ao longo de sua trajetória acadêmica, havia acompanhado pesquisas que evidenciaram as condições precárias de trabalho no comércio varejista e denunciou práticas empresariais que violavam direitos elementares, como o descanso e o acesso ao banheiro por parte dos trabalhadores. Destacou também o apagamento historiográfico do trabalho da população negra em territórios como a Pequena África, no Rio de Janeiro, onde a organização laboral pós-abolição fora ignorada pela memória oficial, apesar da intensa participação de lideranças negras em sindicatos no início do século XX. Enfatizou que a precarização da jornada, em suas múltiplas formas, impactava profundamente a saúde mental e física das pessoas, e que esse debate não poderia mais ser adiado. Considerou a fala da vereadora Eliete Paraguassu potente e inspiradora, expressando o desejo de aprofundar o diálogo com ela. Finalizou sua intervenção avaliando positivamente sua primeira experiência como participante de uma mesa do CNS e colocou-se à disposição para contribuir com a pauta a partir da Universidade Federal Fluminense, onde atuava. A Diretora Geral da APEVISA/SEVSAP/SES-PE, **Karla Freire Baeta**, também agradeceu a oportunidade de participar da mesa e afirmou que o debate sobre jornada de trabalho envolvia dimensões mais amplas, como o modelo de desenvolvimento vigente, e considerou que as falas dos conselheiros haviam se alinhado à perspectiva crítica trazida pelas exposições. Destacou a relevância da fala do conselheiro Getúlio, ao relacionar o caso de Barcarena ao relato da vereadora Eliete Paraguassu, reconhecendo semelhanças entre diferentes formas de destruição territorial. Saudou o trabalho realizado pela vereadora e por outras mulheres quilombolas em Salvador, destacando que, apesar da potência das lideranças femininas, havia sofrimento nas realidades de sobrecarga, desigualdade e exclusão. Enalteceu o papel do CNS como espaço legítimo de controle social e debate público sobre as condições que estruturam o processo saúde-doença, inclusive aquelas que transcendem o campo sanitário. Ressaltou a importância de resistir às reformas que haviam retirado direitos da classe trabalhadora, como as reformas trabalhista e previdenciária. Reforçou a defesa da articulação intersetorial e da ação em rede, e valorizou a preocupação trazida sobre os trabalhadores informais e invisibilizados. Reiterou a necessidade de enfrentar o racismo ambiental e todas as formas de

opressão, apontando para sua intersecção com gênero, deficiência e classe. Reforçou o chamado à luta coletiva, ao direito à vida e à construção de caminhos justos para a superação das crises múltiplas, ambiental, ética, humanitária e sistêmica, causadas por um modelo capitalista agressivo. Defendeu os princípios dos “4S”: sustentabilidade socioambiental, soberania (incluindo a de identidade e cultural), solidariedade e segurança. Encerrou convocando todos a repensarem suas formas de vida e seu papel na transformação social. A vereadora **Eliete Paraguassu**, por sua vez, emocionou-se ao agradecer o espaço de fala e denunciou, com veemência, o Brasil da fome, da violência e da destruição promovida por megaprojetos que ameaçavam comunidades tradicionais e defensoras de direitos humanos. Afirmou que o racismo ambiental crescia em nome da ganância capitalista e citou uma pesquisa da ONU que relacionava mudanças climáticas ao aumento da violência contra mulheres, sobretudo nas periferias e nos territórios tradicionais. Compartilhou as dificuldades enfrentadas em seu mandato político, incluindo ataques institucionais por parte de autoridades locais que não aceitavam sua representatividade enquanto mulher negra, quilombola e pescadora. Relatou a inexistência de políticas públicas específicas para povos indígenas, quilombolas e pescadores em Salvador, cidade com uma das maiores populações tradicionais do país. Denunciou o genocídio em curso contra lideranças, mencionando os assassinatos de Marielle Franco, Mãe Bernadete e outros. Apontou que o medo havia substituído o bem-viver e que a resistência precisava ser reconstruída a partir dos territórios, com apoio das instituições que ainda eram respeitadas pela população, como o Ministério da Saúde e os espaços de participação social. Finalizou afirmando sua identidade como mulher do mangue, defensora da vida e da natureza, e convocou todas as pessoas a seguirem na luta coletiva por um país justo, esperançoso e de bem viver. **Concluídas essas falas, a mesa sintetizou os encaminhamentos que surgiram do debate: 1) que o CNS reitere publicamente sua posição contrária à jornada de trabalho no regime 6x1; 2) que o CNS promova campanhas de conscientização sobre os impactos da jornada 6x1 na saúde dos trabalhadores, em parceria com entidades sindicais, organizações da sociedade civil e instituições acadêmicas; 3) que o CNS estimule a realização de estudos e pesquisas que aprofundem o entendimento sobre os efeitos da jornada 6x1 e de outras formas de precarização do trabalho, como a pejotização e a uberização; 4) que o CNS aprove recomendação contrária às práticas de pejotização e uberização, pois resultam em precarização das relações de trabalho e perda de direitos trabalhistas (a CISTT/CNS redigirá o texto e a conselheira Shirley Marshall contribuirá na construção. A ideia é apresentá-lo na próxima reunião do Conselho); 5) que o CNS apoie iniciativas legislativas que visem à redução da jornada de trabalho e ao fim da escala 6x1; e 6) que a Mesa Diretora do CNS paute debate sobre racismo ambiental para tratar dos impactos desproporcionais das questões ambientais sobre populações racializadas e vulneráveis, e propor estratégias para a promoção da equidade ambiental.** Com esses encaminhamentos, a Presidenta do CNS agradeceu novamente às pessoas convidadas pelas falas potentes e motivadoras. **ITEM 7 – SAÚDE DAS MULHERES - Mortalidade Materna - Apresentação: Aline de Oliveira Costa**, diretora do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHU/SAES/MS; **Marília Freire da Silva**, Presidenta do Coletivo Feminista Humaniza; **Renata Reis**, Coordenadora-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres SAPS/MS); **Ana Cíntia Paraldi**, representante da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil - OPAS/OMS; e conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU/CNS. **Coordenação: conselheira Cristiane Pereira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, destacou a relevância e a urgência da pauta e recordou que o debate integrava um conjunto de ações prioritárias da atual gestão do Ministério da Saúde, em consonância com os esforços do ministro Alexandre Padilha para enfrentar a mortalidade materna como um problema de saúde pública. Mencionou que diversas iniciativas estavam em andamento na pasta com o objetivo de estruturar políticas públicas efetivas sobre o tema. Apresentou as convidadas da mesa, e ressaltou o caráter qualificado e diverso da composição, com a presença de pesquisadoras, gestoras, ativistas e lideranças feministas. Na sequência, conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, coordenadora da CISMU/CNS e representante da UBM, fez uma fala inicial, ressaltando que a mortalidade materna era evitável e que, para enfrentá-la de modo efetivo, era necessário atuar sobre as estruturas da sociedade que produziam desigualdades. Defendeu que não bastava garantir atenção primária com profissionais qualificados, era preciso assegurar o acesso real aos serviços, superar o racismo

957 institucional, combater as desigualdades sociais e ampliar os investimentos públicos voltados à
958 saúde das mulheres. Alertou para o fato de que os investimentos na área vinham sendo
959 reduzidos ano após ano, e que, segundo dados recentes, os recursos aplicados não
960 ultrapassavam 30% do necessário para garantir uma atenção adequada. Considerou esse
961 cenário inaceitável diante da magnitude do problema e conclamou o Conselho a seguir
962 acompanhando a execução orçamentária de forma crítica e propositiva. Além disso, destacou a
963 importância das doulas como parte do cuidado durante o ciclo gravídico-puerperal e defendeu
964 que essas profissionais fossem efetivamente inseridas e valorizadas no âmbito do SUS, em
965 especial nos serviços de atenção ao parto. Encerrou sua fala defendendo que o enfrentamento
966 da mortalidade materna fosse levado com seriedade e compromisso por todas as pessoas em
967 seus respectivos territórios e espaços de atuação. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, da
968 Mesa Diretora do CNS, reforçou a importância do tema em debate e expressou satisfação em
969 retornar a essa pauta, que já havia acompanhado como integrante da CISMU/CNS. Reafirmou
970 a potência daquele momento e passou a palavra às convidadas para suas exposições. A
971 representante da OPAS/OMS no Brasil, **Ana Cíntia Paraldi**, iniciou sua apresentação
972 cumprimentando a mesa e os participantes e informando que representava o Dr. Cristian
973 Morales, representante da OPAS no Brasil, que se encontrava em missão oficial em outra
974 localidade. Explicou que sua fala trataria da estratégia da OPAS/OMS para acelerar a redução
975 da mortalidade materna na Região das Américas, com base nos compromissos assumidos
976 pelos países membros, entre eles, o Brasil, no marco dos Objetivos de Desenvolvimento
977 Sustentável - ODS. Destacou que, embora muitas pessoas acreditassem que mortes maternas
978 durante o parto fossem raras, a realidade ainda era alarmante: em 2020, registrou-se, na
979 América Latina e Caribe, uma morte materna por hora. Apresentou os marcos globais e
980 regionais, informando que o plano de ação vigente da OPAS para a saúde de mulheres,
981 crianças e adolescentes previa a meta de redução da razão de mortalidade materna para até
982 30 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2030. Reforçou que, embora o Brasil não tivesse as
983 piores taxas da região, por sua dimensão populacional, influenciava significativamente os
984 indicadores do continente. Apontou que o Brasil havia contribuído para a redução dos índices
985 até 2015, mas que, a partir daquele ano – coincidente com a formulação dos ODS – e
986 especialmente após a pandemia de COVID-19, a tendência se revertera, com aumento de
987 cerca de 15% nas mortes maternas. Considerou esse retrocesso como um atraso de
988 aproximadamente 20 anos nos avanços conquistados até então. Apresentou os três grandes
989 objetivos do plano de ação da OPAS: sobrevivência, prosperidade e transformação,
990 enfatizando que o primeiro, sobrevivência, ainda não estava plenamente assegurado. Afirmou
991 que nove em cada dez mortes maternas eram evitáveis, e que a pergunta não era mais se
992 seria possível reduzi-las, mas quando isso ocorreria. Para acelerar os avanços, apresentou
993 cinco linhas estratégicas de ação da nova estratégia da OPAS: 1) Fortalecimento da
994 governança e da gestão em saúde, com ênfase no monitoramento, avaliação de necessidades
995 não atendidas (gaps) e formulação de políticas baseadas em evidências. Defendeu a
996 mobilização comunitária e a participação social como elementos fundamentais para atingir a
997 equidade e superar barreiras de acesso; 2) Expansão e fortalecimento da Atenção Primária à
998 Saúde, com foco nos territórios e populações com alta razão de mortalidade materna. Enfatizou
999 a importância das equipes multidisciplinares, da promoção da saúde, da prevenção de riscos e
1000 do empoderamento das mulheres; 3) reorganização e fortalecimento das redes de serviços de
1001 saúde, garantindo continuidade do cuidado e superação das barreiras geográficas, culturais e
1002 sociais. Defendeu o fortalecimento das linhas de cuidado, especialmente em contextos de
1003 migração, mudanças climáticas e crises humanitárias; 4) valorização e qualificação dos
1004 profissionais, com foco na capacitação de equipes multiprofissionais. Destacou que, embora
1005 muitas mortes maternas fossem atribuídas a causas clínicas, como hemorragias, essas eram
1006 apenas a consequência de determinantes estruturais não enfrentados previamente; e 5)
1007 empoderamento das mulheres, famílias e comunidades, para que conhecessem seus direitos e
1008 exigissem seu cumprimento. Enfatizou que o reconhecimento do direito precedia sua exigência,
1009 e que era necessário promover a consciência coletiva para a transformação social. Por fim,
1010 afirmou que a estratégia da OPAS estava fundamentada em uma abordagem centrada na
1011 atenção primária, na equidade, nos determinantes sociais da saúde e na integração de redes e
1012 políticas. Reiterou que o alinhamento entre as diretrizes internacionais da OPAS e as atuais
1013 políticas públicas do Ministério da Saúde no Brasil era motivo de entusiasmo. Finalizou
1014 agradecendo a oportunidade de compartilhar as ações da organização junto ao CNS. Em
1015 seguida, a diretora do DAHU/SAES/MS, **Aline de Oliveira Costa**, abordou o tema com foco na
1016 Rede Alyne, principal política atual do Ministério da Saúde voltada ao enfrentamento da

1017 mortalidade materna. Iniciou sua exposição destacando a honra de participar da reunião do
1018 CNS e saudando os presentes, em especial a conselheira Vanja dos Santos. Ressaltou que
1019 sua apresentação foi resultado de um esforço coletivo entre diferentes secretarias do Ministério
1020 da Saúde, com destaque para a integração entre a Secretaria de Atenção Especializada à
1021 Saúde, a Secretaria de Atenção Primária e a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente,
1022 além da Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Apresentou a Rede Alyne, principal
1023 política atual do Ministério da Saúde voltada ao enfrentamento da mortalidade materna,
1024 construída em homenagem a Ayine, uma mulher negra, pobre, moradora da Baixada
1025 Fluminense, que morreu aos 28 anos por desassistência durante a gestação. Informou que a
1026 Rede Alyne atualizava a antiga Rede Cegonha, reafirmando o compromisso do Estado
1027 brasileiro em combater as desigualdades regionais e raciais que influenciavam diretamente os
1028 indicadores de mortalidade materna. Apresentou dados atualizados até 2023, informando que
1029 foram registradas 1.325 mortes maternas no último ano, número semelhante ao de 2022.
1030 Destacou que o ano de 2021 havia sido particularmente trágico, com um aumento significativo
1031 de óbitos, majoritariamente atribuídos à pandemia de COVID-19, mas também à
1032 desassistência em saúde. Reforçou que nove em cada dez mortes maternas eram evitáveis, o
1033 que equivaleria, em comparação simbólica, à queda de oito aviões em território nacional sem
1034 gerar comoção proporcional. Apresentou gráficos que demonstravam fortes desigualdades
1035 regionais, com as Regiões Norte e Nordeste apresentando razão de mortalidade materna muito
1036 acima da média nacional. Também evidenciou desigualdades étnico-raciais, com taxas
1037 crescentes entre mulheres negras e indígenas. Ressaltou que, sem a redução expressiva entre
1038 essas populações, o Brasil não conseguiria cumprir os Objetivos de Desenvolvimento
1039 Sustentável - ODS, especialmente a meta de reduzir a razão de mortalidade materna para
1040 menos de 30 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030. Apontou ainda as desigualdades
1041 conforme o momento do óbito: mulheres indígenas morreram em proporções semelhantes no
1042 pré-parto, parto e pós-parto, enquanto entre mulheres negras e brancas a maior parte dos
1043 óbitos ocorria após o parto, revelando fragilidades no cuidado contínuo. Chamou atenção para
1044 a responsabilidade dos serviços privados, cuja taxa de mortalidade materna, embora menor em
1045 número absoluto, era desproporcionalmente alta considerando a menor quantidade de
1046 usuárias, o que exigia diálogo e estratégias específicas para o setor. Em relação às causas
1047 estruturais, a palestrante elencou como principais desafios: a persistência das desigualdades
1048 sociais e raciais, o racismo institucional, o subfinanciamento do SUS, a desatualização da
1049 Rede Cegonha, a fragmentação do cuidado, a baixa integração entre serviços e a fragilidade
1050 nos sistemas de monitoramento e avaliação. Anunciou como metas prioritárias da Rede Alyne
1051 a redução de 25% da mortalidade materna até 2027 e a redução de 50% das mortes entre
1052 mulheres negras e indígenas, com vistas a alcançar a meta dos ODS em 2030. Entre as
1053 estratégias apresentadas, destacou: a redistribuição equitativa de recursos financeiros,
1054 humanos e de qualificação dos serviços; o incremento de valores para exames de pré-natal,
1055 leitos de alto risco, UTIs neonatais e centros de parto normal; o fortalecimento da regulação do
1056 acesso, com ênfase na prevenção da peregrinação de gestantes; o investimento em
1057 infraestrutura física, por meio do PAC Saúde, com construção de maternidades e centros de
1058 parto nas regiões com piores indicadores; o incentivo financeiro por desfecho de saúde, e não
1059 por produção de procedimentos, atrelado a metas como aleitamento materno, mortalidade
1060 neonatal e primeira hora de vida; a ampliação de recursos para bancos de leite humano,
1061 transporte sanitário de gestantes e bebês e sistemas de informação e governança; e a
1062 implantação de sistemas de apoio à decisão clínica, protocolos padronizados e 10 passos para
1063 reduzir a mortalidade materna e neonatal. Finalizou sua apresentação com a proposta de
1064 criação do Comitê Nacional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, com caráter
1065 técnico, científico e consultivo, a ser pactuado na Comissão Intergestores Tripartite - CIT, como
1066 ação prioritária para maio de 2025. Justificou a proposta com base na importância da
1067 participação social, da equidade e da fiscalização qualificada, e reafirmou que a construção
1068 dessa política deveria incorporar os saberes e experiências da sociedade civil para garantir
1069 ações mais humanas, efetivas e sustentáveis. Seguindo, a Coordenadora-Geral de Atenção à
1070 Saúde das Mulheres/SAPS/MS, **Renata Reis**, iniciou sua apresentação saudando as
1071 participantes e manifestando satisfação em estar presente naquele espaço. Informou que
1072 representava a diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Integral, Olívia Medeiros,
1073 recém-nomeada. Apontou que o Ministério da Saúde enfrentava uma missão desafiadora de
1074 qualificação do cuidado em todos os níveis da rede de atenção à saúde, além da necessidade
1075 de aprimoramento na gestão. Ressaltou que esse trabalho vinha sendo desenvolvido de forma
1076 integrada entre as secretarias, com base em dados produzidos pela vigilância em saúde, os

1077 quais orientavam propostas de qualificação da rede. Destacou que as principais causas de
1078 morte materna no Brasil permaneciam a hipertensão, hemorragia, infecção, complicações
1079 decorrentes de aborto inseguro e doenças cardiovasculares que agravavam a gestação, o
1080 parto e o pós-parto. Apresentou os Dez Passos do Cuidado Obstétrico, estratégia voltada à
1081 redução da morbimortalidade materna, direcionada a gestores e profissionais da atenção
1082 primária e especializada. Informou que essa ferramenta, de fácil acesso, já vinha sendo
1083 implementada em caráter piloto em seis estados brasileiros, com o apoio de duplas clínicas
1084 compostas por médicos e enfermeiras obstetras. Enumerou alguns desses passos, como o que
1085 orientava a garantir encontros de qualidade em toda oportunidade de contato com os serviços
1086 de saúde; a identificação de fatores de risco e a instituição de medidas de prevenção; e o
1087 tratamento adequado de síndromes hipertensivas, anemias e infecções. Ressaltou o nono
1088 passo, que recomendava a redução das cesarianas desnecessárias, citando que o país
1089 apresentava taxas elevadas, com consequências importantes para a morbimortalidade
1090 materna, especialmente em casos de cesáreas repetidas. Já o décimo passo tratava da
1091 vigilância permanente no puerpério, etapa onde ocorria a maioria dos óbitos. Chamou atenção
1092 para medidas preventivas, como a suplementação de cálcio durante o pré-natal, que já
1093 constava em nota técnica do final de 2023 e deveria ser garantida a todas as gestantes.
1094 Explicou que a baixa ingestão de cálcio pela população brasileira, conforme estudos do IBGE,
1095 justificava essa intervenção, que reduzia o risco de pré-eclâmpsia. Mencionou também a
1096 prescrição de ácido acetilsalicílico (AAS) para gestantes com risco aumentado, conforme
1097 critérios clínicos estabelecidos em literatura científica e manuais do Ministério. Informou que a
1098 SAPS vinha elaborando nova nota técnica com critérios clínicos atualizados para prescrição
1099 preventiva de AAS, além de articular, com outros departamentos, estratégias para qualificar o
1100 acesso ao pré-natal de alto risco, por meio da definição de condições prioritárias e de um rol
1101 padronizado de consultas, exames e procedimentos para mulheres com risco gestacional
1102 aumentado. Apresentou o Sistema de Apoio à Decisão Clínica - SADEC, desenvolvido em
1103 parceria com o Instituto Fernandes Figueira e apoio da Unicamp, com validação de
1104 associações científicas. Informou que esse sistema já estava em processo de incorporação ao
1105 Prontuário Eletrônico do Cidadão e auxiliaria profissionais da atenção primária, muitas vezes
1106 não familiarizados com o cuidado obstétrico, no reconhecimento precoce de riscos como a pré-
1107 eclâmpsia. Explicou que o SADEC orientava, com base em dados simples da anamnese e do
1108 exame físico, a conduta clínica, inclusive com indicação de uso de sulfato de magnésio na
1109 APS. Destacou ainda a atuação do Ministério da Saúde em relação às doulas, mencionando a
1110 nota técnica nº 13/2023, que reconhecia e orientava sobre sua atuação no SUS. Informou que,
1111 embora a atividade de doula possuísse CBO, ainda não era regulamentada como profissão,
1112 mas que já existia um grupo de trabalho articulado entre SAPS, CGETS e SAES para debater a
1113 construção de currículo padronizado para formação dessas profissionais, com base em
1114 evidências que demonstravam que o apoio contínuo intraparto por doulas reduzia cesarianas e
1115 intervenções e aumentava a satisfação das mulheres com a experiência do parto. Também
1116 abordou o reconhecimento do cuidado prestado por parteiras tradicionais, informando que o
1117 Ministério da Saúde vinha retomando o diálogo com essas lideranças comunitárias,
1118 historicamente atuantes em diferentes dimensões do cuidado. Por fim, lembrou o
1119 compromisso assumido pelo Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na Assembleia
1120 Geral da ONU, ao aderir voluntariamente ao 18º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável, que
1121 trata da igualdade étnico-racial. Enfatizou que a superação do racismo institucional exigia
1122 coragem e enfrentamento, inclusive do desconforto que o debate provocava em quem não
1123 vivenciava o racismo diretamente. Encerrando sua fala, defendeu a criação de um “passo zero”
1124 do cuidado obstétrico, voltado à garantia da equidade e à adoção de práticas antirracistas no
1125 SUS, como base para a construção de uma atenção obstétrica mais justa, segura e
1126 humanizada. A última expositora foi a presidenta do Coletivo Feminista Humaniza, **Marília**
1127 **Freire**, que iniciou sua apresentação agradecendo à União Brasileira de Mulheres, na pessoa
1128 da conselheira Vanja Andreia, pela indicação para participar do debate. Saudou sua
1129 companheira de coletivo e destacou a honra de ocupar aquele espaço em nome das mulheres
1130 ativistas, das mulheres da sociedade civil e, sobretudo, das mulheres da Região Norte do
1131 Brasil. Informou que não utilizaria apresentação visual, optando por uma exposição direta, e
1132 solicitou atenção às reflexões que compartilharia com base em sua trajetória e atuação no
1133 estado do Amazonas. Apontou que a mortalidade materna no Brasil, especialmente na região
1134 amazônica, deveria ser compreendida como um fenômeno social e estrutural. Destacou que os
1135 estudos disponíveis no Amazonas indicavam que a maioria das mulheres que morriam em
1136 decorrência da gestação, parto ou puerpério era oriunda das periferias urbanas, pobres e

1137 racializadas. Alertou que, embora o debate sobre desigualdades raciais estivesse em curso,
1138 ainda persistiam subnotificações, sobretudo em relação às mulheres indígenas, que
1139 frequentemente não eram corretamente identificadas nos registros oficiais. Relatou que muitas
1140 delas apareciam nos sistemas como "pardas", mesmo em municípios como Manaus, o mais
1141 indígena do país, o que resultava em invisibilidade estatística e institucional. Ressaltou que, por
1142 conhecer diretamente essas mulheres e suas famílias, podia afirmar que os óbitos vinham
1143 ocorrendo, mas não estavam sendo refletidos nas bases de dados, o que dificultava a
1144 formulação de políticas públicas específicas. Defendeu que era necessário um esforço técnico
1145 e político para corrigir essa falha de identificação e, com isso, garantir que a morte dessas
1146 mulheres não permanecesse ignorada. Abordou ainda a geografia do Amazonas como um fator
1147 agravante para o acesso aos serviços de saúde. Explicou que, em muitos períodos do ano,
1148 determinados municípios se encontravam a até sete dias de distância da capital, o que impedia
1149 o atendimento oportuno de gestantes em situação de risco. Nesse contexto, relatou a situação
1150 crítica do município de São Gabriel da Cachoeira, onde o único hospital existente era militar, e
1151 havia indefinição institucional sobre a responsabilidade pela assistência. Informou que, de
1152 janeiro daquele ano até a data do debate, haviam sido registrados, apenas nesse município,
1153 cinco óbitos infantis, dois maternos e quatro fetais, e que organizações indígenas locais
1154 procuravam o Coletivo Humaniza por não saberem a quem recorrer. Denunciou ainda a falta de
1155 serviços especializados em atenção a vítimas de violência sexual no Estado do Amazonas,
1156 mencionando que apenas a capital contava com unidades do tipo. Relatou que mulheres e
1157 meninas vítimas de estupro, sobretudo em municípios remotos, enfrentavam barreiras
1158 temporais e estruturais para acessar o aborto legal, que, embora não tivesse limitação legal de
1159 semanas no Brasil, era restrito na prática por decisões médicas e institucionais. Considerou
1160 essa conduta como uma violação sistemática dos direitos humanos e sexuais e reprodutivos
1161 das mulheres. Sublinhou que a maior parte dos óbitos maternos observados pelo coletivo
1162 ocorria em contexto de violência obstétrica, termo que, segundo ela, não podia mais ser
1163 negado. Lembrou que houve um período em que o uso da expressão foi proibido, mas reforçou
1164 que, independentemente do nome adotado, tratava-se de violência institucional e de
1165 desrespeito sistemático à dignidade das mulheres. Afirmou que, desde 2018, o Amazonas
1166 ocupava o topo do ranking nacional de mortalidade materna e que, mesmo com campanhas de
1167 denúncia e mobilização social, o Estado continuava entre os cinco piores do país nesse
1168 indicador. Compartilhou que o coletivo chegou a organizar ações simbólicas, como entrega de
1169 "medalhas e troféus" às autoridades, para constranger gestores e forçar providências, e que
1170 isso havia surtido algum efeito ao menos na mobilização da rede de atenção. Apresentou uma
1171 grave denúncia sobre a possível realocação de dados de mortalidade materna para categorias
1172 genéricas de óbitos de mulheres em idade fértil, com o objetivo de maquiagem os indicadores.
1173 Considerou essa prática uma fraude, passível de responsabilização penal, e um obstáculo à
1174 formulação de políticas públicas baseadas em evidências. Acrescentou que, além da
1175 subnotificação, muitas fichas de investigação de óbitos maternos sequer eram preenchidas, ou
1176 continham informações incompletas, o que evidenciava o descaso institucional com a vida das
1177 mulheres. Criticou ainda a condução da resposta à pandemia de COVID-19 no Amazonas,
1178 revelando que o estado foi utilizado como campo de experimentação para o uso de cloroquina
1179 nebulizada em gestantes, o que resultou em óbitos documentados. Reiterou que as famílias
1180 afetadas buscavam reparação, e que tais episódios não poderiam ser objeto de esquecimento
1181 ou anistia. Ao final, defendeu que a mortalidade materna fosse reconhecida como parte de um
1182 processo mais amplo de genocídio da população negra e indígena no Brasil, e convocou o
1183 CNS e os demais atores institucionais a enfrentarem esse debate com seriedade, coragem e
1184 compromisso com os direitos humanos. Concluídas as explanações, foi aberto o debate.
1185 Conselheira **Carmem Silvia Santiago** iniciou sua manifestação parabenizando a mesa pelas
1186 falas e ressaltou que cerca de 95% das mortes maternas poderiam ter sido evitadas,
1187 evidenciando a existência de um problema estrutural no país. Elencou como prioritária a
1188 necessidade de fortalecimento da atenção básica, havia vista a defasagem nas Unidades
1189 Básicas de Saúde - UBSs, seja pela fragilidade estrutural, seja pela baixa capilaridade.
1190 Inclusive, relatou a chamada "peregrinação na hora do parto" como uma situação angustiante
1191 para mulheres e acompanhantes. Compartilhou experiência pessoal para demonstrar a
1192 ausência de políticas públicas nas décadas de 1950 e 1960 – situação que, segundo apontou,
1193 ainda se repetia em pleno século XXI. Destacou também a importância de se tratar a saúde
1194 sexual e reprodutiva como uma pauta de saúde pública e defendeu a atuação de comitês como
1195 forma de enfrentar a subnotificação e de levantar dados essenciais sobre a mortalidade
1196 materna. Conselheira **Sibele de Lima Lemos** reforçou a necessidade de dar visibilidade à

1197 violência obstétrica, salientando que essa questão havia sido devidamente abordada pela
1198 mesa. Enfatizou que mulheres negras, indígenas e com deficiência eram frequentemente
1199 vítimas de sofrimento durante o parto, muitas vezes devido ao racismo e à negação da dor.
1200 Criticou a ausência de dados, especialmente sobre mulheres com deficiência e indígenas, e
1201 apontou a baixa representatividade desses grupos nos espaços do CNS. Reivindicou a atuação
1202 da CISMU/CNS e da Vigilância em Saúde na promoção do debate sobre violência obstétrica e
1203 direito ao abortamento legal, defendendo que o Conselho se posicionasse publicamente sobre
1204 esses temas. Conselheira **Rosa Maria Anacleto** afirmou que todas as vidas importavam, mas
1205 frisou que o recorte racial era evidente nos dados apresentados, com destaque para a morte de
1206 mulheres negras e indígenas. Recordou que o Brasil fora condenado pela ONU, em 2011, pela
1207 falta de avanço no enfrentamento à mortalidade materna. Apesar de reconhecer a existência
1208 de governos progressistas desde então, afirmou que os avanços haviam sido limitados.
1209 Destacou que a mortalidade de mulheres negras era a expressão mais cruel do racismo.
1210 Mencionou que o compromisso de enfrentamento do racismo fora reafirmado pelo atual
1211 governo e pela ministra da Igualdade Racial, com prioridade à redução da mortalidade materna
1212 entre mulheres negras. Recordou também a realização de uma oficina sobre o tema em 2023,
1213 defendendo que a CISMU/CNS contribuísse na implementação do plano de ação resultante
1214 desse evento. Conselheira **Edna Maria Mota** relatou as dificuldades enfrentadas para
1215 transferências de gestantes de alto risco em Rondônia, destacando que o serviço da Rede
1216 Cegonha não vinha sendo efetivado nas macrorregiões do Estado. Citou acidentes recentes
1217 com ambulâncias na BR-364, incluindo a morte de uma gestante de 19 anos, sua mãe e o
1218 motorista, fato que classificou como doloroso e inaceitável. Defendeu a descentralização dos
1219 serviços de saúde e solicitou providências urgentes ao comitê, à CISMU e às autoridades
1220 presentes. Elogiou as falas anteriores, e chamou atenção para os desafios logísticos
1221 agravados pelas enchentes na região amazônica. Conselheira **Shirley Marshall Morales**
1222 reforçou os desafios enfrentados pelo SUS e a importância das propostas do Ministério da
1223 Saúde. Relembrou que o Plano Nacional de Saúde havia retirado metas e indicadores sobre a
1224 mortalidade materna, fato que considerou grave por inviabilizar a cobrança e o planejamento
1225 de ações futuras. Destacou a atuação da CISMU em articulação com o Ministério da Saúde e
1226 defendeu que os trabalhadores da atenção primária não fossem responsabilizados pela
1227 ausência de dados, uma vez que a precarização dificultava a busca ativa e a investigação de
1228 óbitos. Criticou também a exclusão de indicadores relacionados às mulheres indígenas no
1229 plano e enfatizou a necessidade de discutir orçamento e indicadores com profundidade.
1230 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** relatou que, segundo a análise do RAG 2024, houve
1231 aumento da mortalidade materna e infantil no Rio Grande do Sul, mesmo com metas de
1232 redução. Apontou que o aumento não estaria diretamente relacionado à COVID-19, mas sim à
1233 substituição de serviços e ao comprometimento do acesso durante a pandemia. Destacou
1234 ainda altos índices de transmissão vertical de HIV e sífilis congênita no estado, que considerou
1235 indicativos das falhas na atenção à saúde da mulher. Por fim, sugeriu que o atual cenário se
1236 aproximava de uma política eugenista, dada a negligência em relação às populações indígena
1237 e negra. Conselheira **Lucimary Santos Pinto** defendeu a necessidade de incluir a violência
1238 obstétrica como tema central do debate, sem estigmatizar os profissionais de saúde. Ressaltou
1239 que muitas mortes maternas estavam relacionadas a práticas violentas no parto e no pós-parto,
1240 especialmente entre meninas muito jovens e vulneráveis, frequentemente submetidas a
1241 peregrinações entre unidades de saúde. Afirmou que as principais vítimas eram mulheres
1242 negras, pobres e periféricas. Defendeu a criação de um grupo de trabalho para levantamento
1243 quantitativo dos casos e definição de estratégias de enfrentamento. Conselheira **Sílvia**
1244 **Cavalleire Araújo da Silva** destacou que homens trans também estavam sujeitos à
1245 mortalidade materna, por serem pessoas com capacidade gestacional. Defendeu que a política
1246 pública adotasse nomenclaturas mais inclusivas, a exemplo do que já fora feito com a política
1247 de dignidade menstrual. Alertou que homens trans enfrentavam barreiras específicas no
1248 acesso aos serviços de saúde, agravadas pela transfobia institucional, e reivindicou que esse
1249 segmento fosse contemplado na formulação das políticas de enfrentamento à mortalidade
1250 materna. Conselheira **Lúcia Helena Xavier** questionou se a questão da diabetes gestacional
1251 estava contemplada nas políticas e estudos apresentados. Apontou a carência de dados sobre
1252 essa condição específica e destacou a importância de maior atenção a esse fator de risco para
1253 a saúde materna. Conselheira **Maria Lucilene Martins** destacou que a atual Política Nacional
1254 de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI, de 2001, não contemplava
1255 adequadamente a saúde das mulheres indígenas. Relatou que essas mulheres enfrentavam
1256 longas e complexas jornadas até o atendimento em unidades de média e alta complexidade, o

1257 que agravava os riscos e a mortalidade. Denunciou ainda episódios de violência institucional
1258 em maternidades, nas quais as práticas culturais tradicionais não eram respeitadas, como o
1259 uso de esteiras, cordas e o acompanhamento de parteiras. Informou que a política estava em
1260 processo de atualização, com articulação entre secretarias para garantir assistência de
1261 qualidade e culturalmente adequada às mulheres indígenas. Concluídas as falas, foi aberta a
1262 palavra às convidadas para comentários. A representante da OPAS/OMS, **Ana Cíntia Paraldi**,
1263 agradeceu as falas, que considerou extremamente pertinentes e reconheceu a importância do
1264 espaço proporcionado pelo CNS, ressaltando o modelo brasileiro de participação social como
1265 uma referência internacional. Enfatizou que somente com escuta atenta às pessoas que
1266 representavam os diversos territórios do país seria possível enfrentar com eficácia os desafios
1267 da mortalidade materna. Destacou que a pauta exigia atenção urgente e constante,
1268 especialmente no que se referia às violências vivenciadas pelas mulheres, temas que, nas
1269 suas palavras, estavam diariamente sobre a mesa de trabalho da equipe técnica. A seguir, a
1270 diretora do DAHU/SAES/MS, **Aline de Oliveira Costa**, também manifestou agradecimento
1271 pelas contribuições e provocações recebidas. Indicou que diversos temas, como a pandemia
1272 de cesarianas no Brasil, demandavam aprofundamento. Compartilhou experiência vivida na
1273 Maternidade Lucinha, onde, mesmo com a estrutura de um centro de parto indígena, muitas
1274 mulheres ainda chegavam solicitando cesáreas, o que evidenciava a dimensão cultural do
1275 desafio. Criticou os projetos de lei que visavam regulamentar a cesariana a pedido,
1276 argumentando que era inadequado permitir a escolha de uma cirurgia invasiva sem considerar
1277 os riscos. Defendeu o fortalecimento da atenção ao parto normal para que as mulheres
1278 voltassem a desejar um parto fisiológico. Afirmou que o novo PAC estava financiando serviços
1279 localizados nas regiões de saúde, e não mais apenas nas capitais, com o objetivo de
1280 descentralizar a atenção ao alto risco. Alertou, no entanto, que a instalação desses serviços
1281 exigia, paralelamente, políticas de provimento e fixação de profissionais. Ressaltou ainda os
1282 esforços para reestruturar os comitês locais, municipais e estaduais de prevenção e análise do
1283 óbito materno, que haviam sido desmobilizados ao longo do tempo. Colocou-se, enquanto
1284 representante da SAES/MS, à disposição para construção conjunta de novos espaços, como a
1285 Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, onde se pudessem aprofundar temas como os
1286 direitos da população trans e o uso de terminologias adequadas e inclusivas. A Coordenadora-
1287 Geral da CGMU/SAPS/MS, **Renata Reis**, iniciou sua fala reafirmando a importância do direito à
1288 autodeclaração étnico-racial, classificando-o como um direito personalíssimo que,
1289 frequentemente, era o primeiro a ser violado. Reconheceu as barreiras institucionais
1290 enfrentadas por pessoas negras e indígenas e informou que o Ministério vinha desenvolvendo
1291 estratégias de letramento racial e educação permanente em saúde para qualificar profissionais
1292 nesse tema. Abordou o racismo obstétrico como uma face do racismo estrutural e destacou
1293 que o termo “violência obstétrica” era uma construção legítima das mulheres latino-americanas
1294 para nomear sua dor e encontrar cura. Ressaltou a necessidade de práticas de cuidado
1295 humanizadas, cientificamente embasadas e respeitadas aos direitos das mulheres. Citou o
1296 projeto **Telepinar**, desenvolvido em parceria com a Universidade Federal do Amazonas, como
1297 uma experiência exitosa de telemonitoramento do pré-natal de alto risco, que não incluía
1298 teleconsultas, mas sim diálogo técnico entre atenção primária e especializada. Informou que,
1299 em dois meses, mais de 1.800 atendimentos haviam sido realizados em todos os municípios do
1300 Amazonas, inclusive com presença física de equipes em aldeias com apoio de tablets
1301 conectados. Mencionou a articulação com a FUNAI e o Ministério Público sobre São Gabriel da
1302 Cachoeira e destacou a sinalização do Ministro de Estado da Saúde Alexandre Padilha para
1303 atualização da normativa relacionada à violência sexual e à coleta de vestígios. Reforçou que
1304 era preciso romper com a falsa dicotomia entre cesariana desnecessária e parto violento,
1305 defendendo a valorização do parto respeitoso. Relatou o aumento de 58% na inserção de DIUs
1306 na atenção primária, graças à devolução da prerrogativa legal de inserção a enfermeiras e
1307 enfermeiros. Comentou os desafios relacionados à sífilis congênita, especialmente na
1308 abordagem e tratamento dos parceiros, e mencionou a existência de diretrizes e publicações
1309 sobre diabetes gestacional, inclusive com novos documentos previstos sobre controle glicêmico
1310 intraparto. Finalizou reiterando a disposição da CGMU para colaborar com a SESAÍ, relatando
1311 sua participação no Encontro de Parteiras Indígenas na terra Araribóia, conduzido por
1312 lideranças indígenas, experiência que classificou como transformadora. A Presidenta do
1313 Coletivo Feminista Humaniza, **Marília Freire da Silva**, agradeceu pela oportunidade e colocou
1314 o Coletivo Feminista Humaniza à disposição para colaborar no enfrentamento à violência
1315 obstétrica, na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e na luta contra a mortalidade
1316 materna em todo o país. Declarou que o coletivo se dispunha a atuar inclusive em territórios

onde a ação institucional fosse dificultada, sem receio de comprometer relações formais. Conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS, como encaminhamento, a realização de uma reunião entre o Ministério da Saúde, a CISMU e as representantes da mesa para definição de ações urgentes diante do cenário de mortalidade materna. Também informou que a conselheira Vanja Andrea, por questões de agenda, precisara se ausentar. Por fim, conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, expressou gratidão às palestrantes e destacou que a agenda da mortalidade materna não era apenas local, mas também nacional e internacional. Reforçou que os desafios colocados deveriam ser enfrentados coletivamente, aproveitando a janela de oportunidade atual. Recordou que, até pouco tempo, não se podia sequer mencionar a existência da violência obstétrica, que se buscava invisibilizar. Apontou como prioridades o provimento e a fixação de profissionais, a confiabilidade dos sistemas de informação, e a ampliação do uso das tecnologias digitais, que deveriam servir à população e não apenas a interesses econômicos. Considerou exemplar o projeto Telepinar e defendeu o investimento em um modelo de parto seguro e respeitoso. Anunciou, por fim, que o lançamento do Comitê Nacional de Prevenção da Mortalidade Materna ocorreria ainda naquele mês, com participação do CNS. Definido esse ponto, Às 19h45, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras na tarde do primeiro dia: nomes serão incluídos. Iniciando o segundo dia de reunião, às 9h10, a mesa foi composta para o item 8 da pauta. **ITEM 8 – APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DA 5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – Apresentação:** **Fernanda Rodrigues da Guia**, Coordenadora da Comissão de Formulação e Relatoria da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio; **João Mendes de Lima Júnior**, Coordenador Geral de Desinstitucionalização e Direitos Humanos na Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - CGDDH/DESMAD/SAES; **Marisa Helena Alves**, Coordenadora da Comissão Organizadora da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio. *Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. Após saudar as pessoas presentes e compor a mesa, a coordenação abriu a palavra para a apresentação do Relatório da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental – 5ª CNSM. A Coordenadora da Comissão de Formulação e Relatoria da 5ª CNSM - Domingos Sávio, **Fernanda Rodrigues da Guia**, iniciou sua apresentação agradecendo o convite e saudando a Presidenta do CNS, demais pessoas integrantes do Conselho, e todas as pessoas participantes da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Reconheceu a amplitude do trabalho coletivo necessário à efetivação da Política Nacional de Saúde Mental e explicou que apresentaria uma síntese das propostas e moções aprovadas na Conferência, estruturadas em vinte grandes temas relacionados à saúde mental, álcool e outras drogas. Destacou que a Conferência, realizada de 11 a 14 de dezembro de 2023, após um intervalo de treze anos desde a anterior, representou um avanço substancial no conteúdo das propostas, refletindo o desenvolvimento do campo da saúde mental. Inclusive, recomendou que o Relatório Final fosse amplamente consultado, dado o trabalho minucioso de sistematização realizado. Ao abordar o eixo 1 – Cuidado em liberdade como garantia de direito à cidadania, ressaltou a reafirmação dos marcos legais da reforma psiquiátrica brasileira, como as Leis nº 10.216/2001, nº 10.708/2003 (Programa de Volta para Casa) e nº 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão), além da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Reiterou a defesa de um SUS público, estatal, gratuito, laico e de qualidade, com políticas públicas alinhadas aos princípios da reforma e do movimento antimanicomial. Criticou instituições centradas na abstinência e defendeu a extinção dos hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia e comunidades terapêuticas como forma de superar o modelo asilar. Reforçou a necessidade de desinstitucionalização com substituição por serviços da RAPS, destacando o redirecionamento de recursos públicos das comunidades terapêuticas para a rede psicossocial. Apontou como fundamentais a laicidade das políticas, o enfrentamento à discriminação de qualquer natureza e o combate à privatização dos serviços via organizações sociais. Afirmou a importância da intersetorialidade, integrando a saúde mental com habitação, assistência social, cultura, justiça, economia solidária e artes, e valorização dos centros de convivência. Apontou a necessidade de fortalecer componentes da RAPS, como os CAPS (em todas as modalidades), os serviços residenciais terapêuticos e a atenção hospitalar geral. Destacou propostas para criação de CAPS regionalizados e em municípios com menos de 10 mil habitantes. Defendeu o planejamento de políticas de atenção à crise, com destaque para o cartão de crise como instrumento de cuidado e o fortalecimento da rede de urgência e emergência, inclusive com envolvimento do SAMU. No tema 2 – Cidadania e direitos humanos, ressaltou a centralidade da participação social qualificada de usuários e familiares no controle

do SUS, com garantia de transporte, alimentação e capacitação continuada. Citou a proposta de financiamento federal para contratação de usuários e familiares como trabalhadores de suporte na RAPS e na justiça restaurativa, além da criação de comitê no Ministério da Saúde sobre o tema. Tratando do tema 3 – Redução de danos e política sobre drogas, destacou a defesa da reparação histórica de pessoas afetadas pela chamada "guerra às drogas" e reafirmou o cuidado territorial com base nos princípios da reforma psiquiátrica. Mencionou o posicionamento contra o financiamento de comunidades terapêuticas e citou o destaque à discussão sobre o uso medicinal da cannabis. Ao tratar da infância e juventude (tema 4), apontou a valorização do Programa Saúde na Escola e a ênfase na população jovem LGBTQIAPN+, com destaque à interseccionalidade e à criação de espaços de convivência e acolhimento. Referiu-se ao cuidado com crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista e à defesa da reabilitação continuada com base em projeto terapêutico singular. Destacou a desinstitucionalização como estratégia central para jovens em medidas socioeducativas e egressos do sistema prisional. No tema 5 – Pessoas em privação de liberdade, disse que foi apontada a necessidade de implementar a política antimanicomial no sistema de justiça, conforme a Resolução CNJ nº 487/2023, com fechamento de manicômios judiciários e garantia do cuidado pela RAPS para pessoas em conflito com a lei. Além disso, a defesa da aplicação do ECA a adolescentes em medidas socioeducativas. Sobre a prevenção e pós-prevenção do suicídio (tema 6), destacou a atenção à população LGBTQIAPN+, às mulheres em sua diversidade e aos povos indígenas. Citou a defesa da qualificação obrigatória dos profissionais da atenção básica e da RAPS com enfoque em gênero, sexualidade e interseccionalidade, e a importância do acolhimento adequado como forma de prevenção. No eixo 2 – Gestão, financiamento, formação e participação social, fez referência à defesa do fim da terceirização e da privatização da saúde, com revogação das emendas constitucionais que limitam gastos sociais. Detalhou a proposta de aumento do financiamento da RAPS, reajuste dos valores federais e ampliação da habilitação de novos serviços. Além disso, a valorização do trabalho no SUS, com garantia de concursos públicos, carreira, direitos trabalhistas e cogestão participativa. Na pauta da formação, citou as propostas: supervisões clínicas e institucionais, fortalecimento dos programas de residência e inclusão de direitos humanos e políticas sociais nos currículos. Além disso, reforço ao papel da educação popular em saúde mental e destaque à importância de garantir a participação dos usuários nos espaços de formulação e avaliação de políticas públicas. No eixo 3 – Integralidade e intersetorialidade, destacou a proposição de gratuidade no transporte e da articulação com diversas políticas sociais. Destaque aos consultórios na rua e à utilização terapêutica da cannabis, bem como a ampliação de práticas integrativas e complementares. Ao abordar a equidade (tema 13), apontou a necessidade de visibilidade das populações específicas, com destaque para a saúde mental dos povos indígenas, relacionando saúde, terra e vida, e rechaçando o marco temporal. Fez referência à defesa de políticas específicas para população em situação de rua, migrantes, apátridas, população negra, entre outras. No tema 17, sobre saúde mental da população negra, disse que houve sinalização de que o racismo estrutural era determinante central de sofrimento psíquico e social, exigindo políticas específicas, intersetoriais e com reconhecimento das raízes históricas da escravização. No tema 18 – Gênero e população LGBTQIAPN+, citou a necessidade de despatologização dos corpos dissidentes e de acolhimento às vítimas de violência institucional. Foi reforçado o apelo para exclusão definitiva de comunidades terapêuticas da RAPS, SUS, SUAS e saúde suplementar. No tema 20, a Conferência tratou dos efeitos da pandemia de COVID-19 sobre a saúde mental dos trabalhadores e grupos em situação de vulnerabilidade. A defesa foi pela qualificação profissional e preparo para futuras emergências sanitárias, com respeito às singularidades dos territórios e populações atingidas. Por fim, no tema 19 – Reforma psiquiátrica brasileira e reforma sanitária no SUS, foi reafirmado o caráter antimanicomial, antiproibicionista, anticapacitista e emancipador da reforma, exigindo desinstitucionalização, cuidado em liberdade e fortalecimento da RAPS. Houve defesa de políticas antirracistas, feministas e inclusivas, com participação social, financiamento adequado e combate à privatização. Encerrando sua fala, agradeceu pela atenção e ressaltou a riqueza da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, reafirmando o compromisso com a continuidade da luta e da construção coletiva. Em seguida, expôs o Coordenador/CGDDH/DESMAD/SAES, **João Mendes de Lima Júnior**, que começou sua intervenção saudando as pessoas presentes no Plenário e aquelas que acompanhavam remotamente, agradecendo, em nome do Departamento de Saúde Mental, o convite do CNS para participar da apresentação do Relatório da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Registrou agradecimentos à presidenta do CNS, conselheira Fernanda Magano e à ex-conselheira Marisa Helena, Coordenadora da

1437 comissão organizadora da 5ª CNSM, pelo empenho na organização do processo,
1438 reconhecendo o esforço diante das dificuldades enfrentadas ao longo do percurso. Ressaltou
1439 que, à medida que a Conferência avançava, ganhava corpo e densidade, o que explicava a
1440 complexidade da tarefa de sistematização do relatório final. Destacou a riqueza do documento
1441 apresentado e apontou que diversos elementos ali contidos já haviam sido objeto de ação do
1442 Departamento de Saúde Mental. Exemplificou com a regulamentação e o financiamento dos
1443 centros de convivência, que já estavam em andamento, e com o fortalecimento das Equipes de
1444 Apoio à Desinstitucionalização (EAPs), apontadas na conferência como estratégicas para o
1445 acompanhamento de pessoas com transtorno mental em cumprimento de medida de
1446 segurança. Sublinhou que o Departamento de Saúde Mental vinha empreendendo esforços
1447 concretos na materialização de diretrizes históricas da reforma psiquiátrica e reforçou que o
1448 contexto atual demandava vigilância e articulação diante do recrudescimento de disputas
1449 ideológicas no campo da saúde mental. Avaliou como fundamental a realização da conferência
1450 em 2023, no primeiro ano do governo Lula, após um hiato de 13 anos desde a edição anterior.
1451 Relatou que, no final de 2024, observou-se a retomada, no Congresso Nacional, de propostas
1452 legislativas que colocavam em risco a Lei nº 10.216/2001, não com o objetivo de aprimorá-la,
1453 mas de promover retrocessos, como a tentativa de fundir novamente as figuras da internação
1454 compulsória e da medida de segurança — uma associação que, segundo ele, reativava o
1455 estigma da periculosidade atribuído às pessoas com sofrimento psíquico. Apontou tal iniciativa
1456 como uma das mais graves ameaças enfrentadas pela lei em seus 23 anos de vigência.
1457 Defendeu, com ênfase, a necessidade de articulação entre sociedade civil, gestores e controle
1458 social para barrar esses retrocessos e proteger as conquistas da reforma psiquiátrica. Afirmou
1459 que o relatório da conferência representava um instrumento potente para qualificar o diálogo
1460 com a sociedade e, principalmente, com o Parlamento. Ao tratar da atuação do Departamento,
1461 descreveu o cenário herdado como desolador, marcado por um “massacre” provocado por
1462 gestão anterior que promoveu uma contrarreforma com desfinanciamento da política de saúde
1463 mental. Explicou que esse estrangulamento orçamentário havia desestimulado estados e
1464 municípios a expandirem a Rede de Atenção Psicossocial, o que comprometeu sua
1465 continuidade e efetividade. Expôs as diretrizes traçadas para os dois primeiros anos da atual
1466 gestão. A primeira delas consistiu na retomada da expansão da RAPS. Informou que, entre
1467 2023 e 2024, o Ministério da Saúde habilitou aproximadamente 603 novos pontos de atenção,
1468 incluindo Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais
1469 Terapêuticos e leitos em hospitais gerais, o que representou um crescimento superior a 8%
1470 após um período de estagnação. A segunda diretriz referiu-se à recomposição orçamentária.
1471 Reportou que as Unidades de Acolhimento receberam reajuste de 100% no custeio, como
1472 estímulo à solicitação de novas habilitações pelos entes federados. Mencionou também a
1473 recomposição de valores para os CAPS, SRTs e o Programa de Volta para Casa, cuja bolsa
1474 havia permanecido congelada por anos, sendo reajustada em 51%. Com essas ações, afirmou
1475 que o orçamento da política de saúde mental, apenas na rede especializada, cresceu cerca de
1476 R\$ 1 bilhão entre 2023 e 2024. A terceira diretriz estratégica mencionada foi o investimento na
1477 educação permanente. Anunciou o lançamento iminente do curso “Nós na Rede”, voltado a 42
1478 mil trabalhadores da RAPS, como uma ação de formação de amplo alcance, revertendo a
1479 ausência de qualificação continuada da gestão anterior. Destacou também a retomada do
1480 edital de supervisão institucional e o desenvolvimento de linhas de financiamento para
1481 economia solidária, arte, cultura e protagonismo de usuários e familiares no campo da saúde
1482 mental. Finalizando, reafirmou que os compromissos históricos com a reforma psiquiátrica e
1483 com a desinstitucionalização estavam no centro da atuação do Departamento. Informou que a
1484 mudança de nomenclatura da coordenação por ele dirigida, que antes se chamava
1485 Coordenação de Normas, Estudos e Projetos, para Coordenação-Geral de
1486 Desinstitucionalização e Direitos Humanos, expressava esse alinhamento. Ressaltou a
1487 urgência de enfrentar as ameaças presentes e considerou o Relatório da Conferência como
1488 uma ferramenta política oportuna, sobretudo no mês alusivo à luta antimanicomial, para
1489 avançar e consolidar conquistas em direção a uma sociedade sem manicômios. Em seguida, a
1490 psicóloga e ex-conselheira **Maria Helena Alves**, coordenadora-adjunta da 5ª Conferência
1491 Nacional de Saúde Mental, expressou emoção e alegria por retornar ao plenário do CNS e
1492 apresentar o relatório final da conferência. Considerou o documento como uma construção
1493 coletiva e comemorou o fato de ele ter mantido a coerência com os princípios da reforma
1494 psiquiátrica e da luta antimanicomial, mesmo diante do cenário adverso vivido no momento da
1495 sua convocação. Recordou que, quando o processo de construção da conferência teve início, o
1496 país vivia um contexto de retrocesso político, desrespeito às instituições democráticas e

ameaças às conquistas históricas da política de saúde mental. Enfatizou que a memória da pandemia de COVID-19 também deveria ser registrada, pois impactara profundamente a forma de realizar o processo conferencial, impondo um novo aprendizado ao controle social. Ressaltou que a Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM/CNS, a qual coordenava, à época, foi responsável por elaborar o projeto inicial da conferência com agilidade, mesmo enfrentando o vácuo temporal de mais de dez anos entre a 4ª e a 5ª edições. Mencionou que toda a estruturação da Conferência foi feita de modo virtual e que a realização presencial do evento final foi vivida como uma vitória. A conferência, conforme explicou, recebeu o nome simbólico de Domingos Sávio em reverência aos saberes populares, às práticas integrativas e à valorização do afeto e da alegria — elementos que, segundo afirmou, são intrínsecos aos encontros de saúde mental. Também destacou que mais de 2 mil pessoas haviam sido mobilizadas nas conferências municipais e livres, levando à conferência nacional a força dos movimentos sociais em defesa da saúde mental pública, antimanicomial e comprometida com os direitos humanos. Reforçou que o Relatório Final deixava explícito o repúdio ao financiamento de instituições que, sob fachada de humanização, reproduziam modelos manicomial com práticas excludentes e violadoras de direitos. Afirmou que a mudança política ocorrida no país fora determinante para que a conferência ocorresse com legitimidade e diálogo, devolvendo protagonismo aos atores sociais que construíram e seguem construindo resistências. Reconheceu que a conferência apresentou avanços concretos para o futuro das políticas de saúde mental, mas alertou que ainda existiam focos de resistência manicomial que precisavam ser enfrentados. Por fim, reafirmou o papel do controle social em acompanhar os desdobramentos do Relatório e propôs que a 6ª Conferência Nacional de Saúde Mental fosse desde já iniciada, para que o intervalo entre edições não voltasse a ultrapassar uma década. Expressou agradecimento à comissão organizadora, à Mesa Diretora do CNS, às equipes técnicas do Ministério da Saúde, ao Departamento de Saúde Mental, aos delegados e, especialmente, aos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, que considerou como os protagonistas da conferência. Concluídas as exposições, foi aberta a palavra para manifestações. Conselheira **Sílvia Cavalleire da Silva** celebrou o Relatório da 5ª Conferência, reconhecendo sua potência política e coletiva frente aos impactos da pandemia e aos retrocessos institucionais. Reivindicou que o CNS encaminhasse formalmente à Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS/MS a publicação do Comitê Intersetorial da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT+, já aprovado e pendente de institucionalização. Conselheira **Sibele de Lima Lemos** enfatizou a importância de propostas como o fim das comunidades terapêuticas, a crítica ao financiamento público de constelações familiares e a revogação da Lei de Alienação Parental, todas aprovadas na Conferência. Alertou que essas práticas violavam direitos de mulheres e pessoas trans. Também ponderou que a implementação das propostas aprovadas deveria ser prioridade antes de se planejar uma nova conferência. Conselheira **Maria do Carmo Ribeiro** parabenizou o Relatório e manifestou sua satisfação por ter participado da comissão organizadora da conferência. Compartilhou preocupação com a fragmentação dos cuidados voltados a pessoas com autismo com alto grau de suporte, e solicitou ao Ministério da Saúde a adoção de estratégias mais integradas e sensíveis às realidades das famílias dessas pessoas. Conselheira **Maria Thereza Antunes** defendeu um cuidado qualificado e empático às pessoas com sofrimento psíquico em crises de agressividade, ressaltando a necessidade de capacitação dos profissionais de urgência e emergência. Também elogiou a qualidade do Relatório Final e dos debates da Conferência. Conselheiro **José Vanilson Torres** exaltou o esforço coletivo para a realização da conferência, mesmo diante de severas limitações orçamentárias. Em sua intervenção, leu um trecho de um poema escrito em parceria com a conselheira Fernanda da Guia, homenageando o tema do cuidado em liberdade e da luta por uma sociedade sem manicômios. Denunciou a existência de mais de 570 comunidades terapêuticas credenciadas, criticou o desmonte da RAPS e convocou o Ministro Wellington Dias a rever o financiamento dessas instituições. Reforçou o chamado por uma política pública de saúde mental que respeitasse a liberdade, os direitos humanos e os princípios da reforma psiquiátrica. Conselheiro **Anselmo Dantas** valorizou o relatório como instrumento de diálogo com a sociedade e educação popular. Compartilhou sua trajetória na luta antimanicomial e defendeu ampla divulgação do documento como expressão legítima da política de saúde mental defendida pela população. Conselheira **Francisca Valda da Silva** reconheceu o relatório como resultado de um processo comprometido com os direitos sociais. Defendeu políticas públicas de Estado, com enfrentamento da austeridade fiscal e retirada da saúde da meta de déficit zero. Apontou como temas centrais o financiamento, a regionalização, a superação do modelo manicomial e o

1557 impacto da emergência climática no sofrimento psíquico. Propôs o envio do relatório a todas as
1558 comissões do CNS para estudo aprofundado. Conselheiro **Derivan Brito da Silva** reafirmou
1559 que a saúde mental era a base da vida social e pessoal. Defendeu a construção de políticas
1560 públicas voltadas ao bem-viver e reiterou o compromisso da categoria com essa pauta.
1561 Encerrando a mesa, a Presidenta do CNS agradeceu a todas as pessoas que se manifestaram
1562 e elogiou o relatório da Conferência por sua densidade, pertinência e valor político. Reforçou a
1563 importância de retomar o debate interministerial para o enfrentamento às comunidades
1564 terapêuticas, bem como de iniciar os debates sobre a convocação da 6ª Conferência Nacional
1565 de Saúde Mental, ainda que reconhecendo a existência de uma fila de outras conferências
1566 temáticas. Também enfatizou a necessidade de ampla divulgação do Relatório da 5ª CNSM e o
1567 fortalecimento da interlocução com o Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas –
1568 DESMAD/MS, especialmente no tocante à implementação das políticas por temas e
1569 populações específicas, como a população LGBTQIA+, os serviços SECOs e o financiamento
1570 da RAPS. Destacou, por fim, que a mesa seguinte da reunião teria relação direta com os temas
1571 debatidos e seria uma oportunidade de continuidade da avaliação e planejamento das ações
1572 futuras. **ITEM 9 – POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL - Apresentação: Ana Maria**
1573 **Fernandes Pitta**, Diretora Emérita da Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME;
1574 **Flávio Alexandre Cardoso Alvares**, Assessor Técnico do Conselho Nacional de Secretarias
1575 Municipais de Saúde – CONASEMS; **Pedro Nazareno Barbosa Júnior**, representante da
1576 Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial – RENILA; e conselheiro **José Vanilson**
1577 **Torres da Silva**, Coordenador Adjunto da Comissão Intersetorial de Saúde Mental –
1578 CISM/CNS. *Coordenação:* conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, da Mesa Diretora do
1579 CNS; e conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS. Na abertura deste
1580 ponto, conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS, saudou todas as
1581 pessoas conselheiras, bem como os gestores presentes, agradecendo pela disponibilidade em
1582 atender ao chamado da mesa. Destacou a presença de representantes da Secretaria de
1583 Atenção Primária à Saúde (SAPS), do gabinete ministerial, da Coordenação-Geral de Saúde
1584 Mental (CJET), e da Secretaria de Atenção Especializada (SAA), além de usuários,
1585 trabalhadores da saúde e prestadores de serviço. Reforçou a importância daquele espaço para
1586 escuta, articulação e encaminhamentos relacionados à Política Nacional de Saúde Mental. Na
1587 sequência, conselheira **Vânia Lúcia Leite** deu continuidade à abertura, cumprimentando todas
1588 as pessoas presentes e informando que a mesa havia sido organizada em alusão ao 18 de
1589 maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial, como forma de homenagem e reafirmação dos
1590 compromissos históricos do CNS com a reforma psiquiátrica e o cuidado em liberdade.
1591 Convidou os palestrantes para compor a mesa de exposições. Após leitura do currículo,
1592 imediatamente abriu a palavra ao assessor técnico do CONASEMS, **Flávio Alexandre**
1593 **Cardoso Alvares**, para dar início à exposição do tema. Começou sua exposição com uma
1594 saudação ao Plenário e destacando sua satisfação em retornar ao espaço do CNS, que
1595 considerou como o mais importante do SUS, por ser onde se estabelecia, na prática, o controle
1596 social e a construção coletiva das políticas públicas. Agradeceu o convite e destacou a
1597 importância do CNS como instância fundamental na articulação entre as diretrizes do sistema e
1598 a realidade vivida pela população. Afirmou que sua fala se apoiaria na experiência acumulada
1599 como assessor técnico do CONASEMS, e que, apesar dos esforços do atual governo na
1600 reestruturação da Política de Saúde Mental, identificava um cenário de retrocesso silencioso
1601 desde 2016. Explicou que, embora o tema da saúde mental tivesse ganhado visibilidade nas
1602 redes sociais e nas discussões públicas, ainda não se tornara central na formulação e
1603 execução de políticas públicas de Estado. Alertou que forças contrárias à reforma psiquiátrica
1604 permaneciam ativas em diversos territórios, o que se refletia, por exemplo, na resistência à
1605 aplicação da Resolução nº 487 do CNJ sobre o fechamento de Hospitais de Custódia e
1606 Tratamento Psiquiátrico. Considerou que havia uma ofensiva organizada contra o modelo da
1607 RAPS e que tal resistência se expressava em setores da sociedade alinhados ao paradigma
1608 biomédico da saúde mental. Destacou a importância de compreender a RAPS dentro da
1609 totalidade do SUS, ressaltando a descentralização como diretriz fundamental e a necessidade
1610 de considerar a diversidade regional e a realidade dos municípios. Observou que, na prática, o
1611 cuidado em saúde mental era operacionalizado sobretudo pelos municípios, o que demandava
1612 ações coordenadas entre as três esferas de governo e o fortalecimento do pacto federativo.
1613 Apresentou uma análise baseada em entrevistas com coordenadores estaduais de saúde
1614 mental e representantes dos COSEMS, destacando os desafios enfrentados pelos territórios.
1615 Indicou que a rede estava bem estruturada conceitualmente, mas enfrentava dificuldades na
1616 implementação prática, sendo necessário investir não em um novo modelo, mas no

1617 aprimoramento e na consolidação da estrutura existente. Abordou os impactos do cenário pós-
1618 pandemia e dos múltiplos eventos sociais recentes, como o aumento expressivo de
1619 diagnósticos de transtornos mentais, casos de violência escolar, uso de psicotrópicos, ideação
1620 suicida e precarização das condições de vida e trabalho. Citou dados da OMS que indicavam
1621 cerca de 700 mil suicídios por ano no mundo — número que superava o de homicídios — e
1622 apontou a sociedade como sua própria ameaça. Criticou a escassez de profissionais
1623 qualificados e relatou resistência de determinadas categorias, como a médica, à composição
1624 de equipes para serviços de base comunitária. Apontou a dificuldade de implantar leitos em
1625 hospitais gerais, tanto pela pressão estrutural dos serviços quanto pela relutância de gestores
1626 locais. Reforçou a necessidade de capacitar profissionais para reconhecer as dimensões
1627 sociais e estruturais do sofrimento psíquico, e não restringir o cuidado à dimensão clínica.
1628 Enfatizou que o adoecimento mental era uma expressão da crise social e, por isso, o
1629 enfrentamento deveria ir além da organização dos serviços, alcançando políticas públicas
1630 intersetoriais. Ao tratar dos diagnósticos em saúde mental, abordou criticamente a relação
1631 entre transtornos como o autismo e o uso das redes sociais como espaço de autodiagnóstico.
1632 Assinalou que, embora os diagnósticos pudessem ser estratégias de reconhecimento e acesso
1633 a direitos, havia riscos de patologização social quando utilizados como forma de inserção
1634 subjetiva ou pertencimento identitário. Criticou a fragilidade do financiamento e da habilitação
1635 dos Centros de Convivência, mesmo após a pactuação de sua regulamentação. Afirmou que
1636 os municípios relatavam dificuldades para implementá-los devido aos altos custos e à
1637 insuficiência dos valores de custeio, defendendo a reavaliação desses parâmetros como
1638 medida prioritária para a consolidação da RAPS. Alertou para o avanço das comunidades
1639 terapêuticas como expressão de um modelo manicomial e higienista, disfarçado de “internação
1640 humanizada”, especialmente voltado para populações em situação de vulnerabilidade, como a
1641 população em situação de rua. Apontou a aprovação de legislações municipais com esse perfil
1642 e lamentou a ausência de uma política federal clara e articulada, o que conferia autonomia
1643 excessiva a gestores locais para decisões que contrariavam os princípios da reforma
1644 psiquiátrica. Encaminhou a necessidade de ampliar os espaços de pactuação tripartite,
1645 fortalecer a articulação interfederativa, garantir o financiamento adequado e avançar na
1646 qualificação das informações e dos dados disponíveis sobre os serviços da RAPS. Indicou que
1647 os boletins existentes ainda tinham limitações, por focarem apenas nos serviços habilitados, e
1648 defendeu a incorporação dos serviços não habilitados, como os Centros de Convivência, na
1649 produção de dados oficiais. Finalizando, citou dados do INSS que apontavam que, em 2024,
1650 cerca de 472 mil pedidos de afastamento do trabalho haviam sido motivados por transtornos
1651 mentais, especialmente ansiedade e depressão, com predominância entre mulheres.
1652 Apresentou essa estatística como evidência da magnitude do problema e da necessidade
1653 urgente de políticas públicas estruturadas. Encerrou sua fala reafirmando a importância da luta
1654 antimanicomial e da reforma psiquiátrica, e agradeceu à equipe do CONASS pela contribuição
1655 na elaboração do material que utilizou em sua apresentação. Finalizou com a declaração: “Viva
1656 o SUS! Manicômio nunca mais!”. Em seguida, expôs o conselheiro **José Vanilson Torres**,
1657 coordenador adjunto da CISM/CNS, que iniciou sua intervenção afirmando que a Política
1658 Nacional de Saúde Mental no Brasil havia representado um marco na transformação do
1659 cuidado em saúde mental, ao promover a substituição progressiva do modelo manicomial por
1660 uma abordagem comunitária, humanizada e centrada nos direitos humanos. Reforçou que os
1661 princípios da política incluíam a universalidade, integralidade, equidade, descentralização,
1662 participação social, desinstitucionalização, cuidado em liberdade e multidisciplinaridade.
1663 Prosseguiu apontando os desafios e retrocessos enfrentados pela Política, entre eles a
1664 chamada “internação humanizada”, que, segundo ele, representava apenas uma nova forma
1665 de aprisionamento das pessoas. Destacou que, embora houvesse avanços importantes, ainda
1666 existiam tentativas de reinserção dos hospitais psiquiátricos na RAPS, como fora o caso da
1667 Portaria nº 358/2017. Informou que essa medida era amplamente considerada um retrocesso,
1668 por contrariar os princípios da desinstitucionalização e do cuidado em liberdade. Destacou os
1669 impactos positivos da política para a população em situação de rua, especialmente com a
1670 criação dos Consultórios na Rua em 2012. Explicou que essas equipes multiprofissionais
1671 atuavam diretamente nos territórios onde viviam pessoas em situação de rua, oferecendo
1672 cuidados em saúde mental e física e promovendo o acesso aos serviços do SUS. No entanto,
1673 alertou que muitas dessas equipes, bem como os profissionais que nelas atuavam, ainda
1674 sofriam preconceito, inclusive dentro da própria rede de atenção, como nas unidades básicas
1675 de saúde, UPAs e hospitais. Ressaltou que a Política Nacional de Saúde Mental reconhecia as
1676 especificidades e vulnerabilidades únicas enfrentadas pela população em situação de rua,

1677 como a maior exposição a transtornos mentais, ao uso problemático de substâncias e às
1678 barreiras no acesso aos serviços de saúde. Considerou que esse reconhecimento havia
1679 impulsionado a criação de políticas e programas específicos, mas avaliou que os desafios
1680 permaneciam gigantescos. Entre eles, destacou o acesso limitado, a barreira institucional, a
1681 subnotificação, a invisibilidade e a necessidade de abordagens intersetoriais mais eficazes.
1682 Reafirmou que a Política Nacional representava um avanço significativo para o cuidado da
1683 população em situação de rua, mas que ainda era necessário aprimorar as estratégias de
1684 implementação, com garantia de integração intersetorial e efetiva participação dessa população
1685 na construção das políticas que lhe diziam respeito. Lembrou que, em 4 de abril de 2023, a fora
1686 entregue um documento à gestora Sônia Barros, em reunião realizada no Departamento de
1687 Saúde Mental (Desmad), solicitando respostas a demandas específicas da população em
1688 situação de rua. Relatou que, embora algumas respostas tivessem sido trazidas
1689 posteriormente, ainda persistia a ausência de serviços específicos voltados a esse grupo.
1690 Reforçou que a população em situação de rua não conseguia acessar a integralidade dos
1691 serviços da RAPS devido a barreiras como preconceito, criminalização e aporofobia. Criticou a
1692 falta de estrutura concreta no DESMAD/MS para atendimento da população em situação de
1693 rua, afirmando que, objetivamente, não existiam serviços ou possibilidades reais ofertadas.
1694 Considerou essa situação extremamente grave, diante do cenário em que pessoas nas ruas
1695 estavam morrendo, adoecendo, sendo assassinadas, passando fome e sem acesso à água,
1696 enquanto o cuidado em saúde mental lhes era negado de forma sistemática. Em tom pessoal,
1697 reforçou que apenas quem vivia ou havia vivido nas ruas poderia compreender a magnitude
1698 desse sofrimento. Relatou sua experiência de 27 anos em situação de rua, e afirmou que
1699 sabia, por vivência direta, o que era estar nesse lugar de extrema vulnerabilidade. Por fim, fez
1700 um apelo para que, em um futuro próximo, o Departamento de Saúde Mental pudesse se
1701 importar efetivamente com a vida nas ruas, afirmando que todas as vidas importavam,
1702 independentemente de estarem em mansões ou nas calçadas. Concluiu reafirmando a
1703 necessidade de continuar a luta pelo cuidado em liberdade, pela democracia e contra os
1704 manicômios. Continuando as abordagens, a diretora Emérita da ABRASME, **Ana Maria**
1705 **Fernandes Pitta**, iniciou sua fala com emoção e alegria por envelhecer testemunhando
1706 momentos positivos e históricos como aquele promovido pelo Conselho. Apresentou-se ao
1707 Pleno do Conselho, reiterando a importância simbólica daquele espaço como a verdadeira
1708 “casa da democracia na saúde”, especialmente por ser conduzido, naquele momento, pela
1709 conselheira Fernanda Magano, a quem reconheceu como companheira de longa data nas lutas
1710 pela reforma psiquiátrica. Afirmou que a saúde mental era expressão direta da democracia, da
1711 liberdade e da participação social. Manifestou admiração por todas as falas que a
1712 antecederam, mencionando nominalmente os dois expositores, destacando a potência das
1713 suas contribuições. Fez referências elogiosas à atuação de Sônia Barros, que considerou
1714 fundamental na viabilização orçamentária da 4ª e da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental.
1715 Ressaltou que fazer política pública exigia amor, indignação e dinheiro, e reconheceu o esforço
1716 de diversas pessoas na conquista de recursos para a realização das conferências. Destacou
1717 também a atuação de Fernanda da Guia na coordenação da elaboração do relatório final da 5ª
1718 Conferência, pela sensibilidade e habilidade no trato com as diversidades envolvidas no
1719 processo. Declarou-se honrada por ter sido reconhecida como patrona do Relatório da
1720 conferência, ao qual atribuiu grande densidade, complexidade e valor político. Defendeu que o
1721 documento representava a carteira de apresentação da luta antimanicomial no Brasil
1722 contemporâneo, uma ferramenta essencial para os enfrentamentos atuais. Reconheceu o
1723 esforço do gestor João Mendes na condução da política de desinstitucionalização no Ministério
1724 da Saúde, mas alertou que, frequentemente, a saúde mental era relegada à última posição nas
1725 prioridades orçamentárias, atrás da segurança pública e de interesses parlamentares.
1726 Compartilhou sua trajetória como médica, destacando sua formação em psiquiatria em um
1727 hospital geral de Salvador e, posteriormente, sua residência em São Paulo. Relatou que a arte
1728 e a atividade humana haviam sido fundamentais em sua formação como profissional de saúde
1729 mental, sobretudo durante sua experiência na Casa das Palmeiras, sob orientação da doutora
1730 Nise da Silveira. Ali, aprendeu a escutar, cuidar e interagir com os sujeitos em sofrimento por
1731 meio de práticas como o teatro e a tapeçaria. Enfatizou que esse aprendizado fora decisivo
1732 para sua compreensão do cuidado em saúde mental como algo sensível, humanizado e não
1733 medicalizado. Recordou sua atuação em centros de saúde comunitários e afirmou que, desde
1734 a década de 1970, já havia iniciativas de integração da saúde mental na atenção básica.
1735 Relatou com orgulho a transformação do ambulatório de que era diretora no primeiro CAPS do
1736 país, e celebrou o crescimento da rede, destacando a existência de cerca de três mil centros

1737 cadastrados. Observou, contudo, que esse número ainda era insuficiente diante dos mais de
1738 cinco mil municípios brasileiros, e defendeu o fortalecimento da capilaridade da RAPS como
1739 prioridade. Apresentou um conjunto de diretrizes fundamentais para a consolidação da política
1740 pública de saúde mental, defendendo que a rede de cuidado fosse comunitária, acessível,
1741 multiprofissional, resolutiva e articulada à atenção básica. Afirmou que era preciso investir na
1742 formação de equipes mínimas compostas por psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais,
1743 valorizando também trabalhadores com experiência em economia solidária e advocacia social.
1744 Destacou a importância da formação crítica e sensível, voltada a todos os profissionais
1745 envolvidos no cuidado, inclusive os trabalhadores de serviços gerais, como vigilantes e
1746 cozinheiras, que muitas vezes desempenhavam papel central na atenção às crises psicóticas
1747 com estratégias simples e eficazes. Reforçou que os hospitais gerais, maternidades, UPAs e
1748 demais serviços da rede pública de saúde já contavam com experiências importantes de
1749 cuidado em saúde mental, embora ainda marcadas por estigmas e resistências institucionais.
1750 Afirmou que enfrentar essas barreiras exigia mudanças culturais e políticas, inclusive entre
1751 médicos gestores que resistiam à inclusão dos transtornos mentais nas agendas de seus
1752 serviços. Defendeu a valorização do modelo de supervisão clínico-institucional como estratégia
1753 para fortalecer o saber coletivo e oportuno nos territórios, e relatou sua experiência como
1754 psiquiatra dos consultórios na rua, reforçando a importância dessa política para o cuidado da
1755 população em situação de rua. Ressaltou que, embora houvesse dificuldades de
1756 implementação, experiências como as cooperativas sociais de trabalho e os programas de
1757 economia solidária demonstravam o potencial da saúde mental enquanto política de inclusão
1758 social e cidadania. Encerrou sua fala com entusiasmo e gratidão pela “festa democrática”
1759 promovida pelo CNS naquele 8 de maio, no mês da luta antimanicomial, e agradeceu à
1760 conselheira Fernanda Magano, Presidenta do CNS, pela liderança e capacidade de articulação.
1761 Considerou o Relatório da 5ª Conferência, batizado em homenagem a Domingos Sávio, como
1762 guia para a continuidade da luta, e defendeu que ele fosse efetivamente utilizado para orientar
1763 ações e não permanecesse arquivado em gavetas. Por fim, convocou o movimento social a
1764 intervir nos espaços institucionais, especialmente diante das eleições que se aproximavam, a
1765 fim de garantir a eleição de parlamentares e gestores comprometidos com a saúde mental
1766 democrática, libertária e pública. O último expositor foi o assistente social e representante da
1767 RENILA, **Pedro Nazareno Barbosa Júnior**, que iniciou destacando a emoção de participar
1768 daquele espaço, diante da grandiosidade e da participação ativa da Plenária, o que considerou
1769 como demonstração da relevância do controle social no debate das políticas públicas.
1770 Agradeceu o convite do CNS para que a RENILA estivesse presente no espaço, destacando a
1771 importância da troca de saberes sobre saúde mental. Antes de adentrar o conteúdo principal,
1772 compartilhou um poema de sua autoria como forma de evocação do território amazônico e de
1773 sua biodiversidade ameaçada, propondo uma imagem poética sobre o cuidado: “No rio da
1774 nossa loucura há uma onda de cuidado que nos tira do fundo, leva-nos à beira e diz: comecem
1775 a nadar”. Prosseguiu mencionando que a RENILA, rede com quinze núcleos em oito Estados e
1776 no Distrito Federal, completara 22 anos em 2023, e afirmou que, ao longo dessa trajetória,
1777 enfrentara “uma manicomia por dia”, devido à persistência de uma sociedade ainda estruturada
1778 em lógicas manicomiais, conservadoras e preconceituosas. Relatou que, desde 2015, houve
1779 iniciativas institucionais no governo federal para incorporar referências manicomiais na
1780 Coordenação Nacional de Saúde Mental, citando nominalmente figuras como Valencius Wurch
1781 e Roberto Tykanori. Relembrou, com emoção, a ocupação realizada por militantes no Ministério
1782 da Saúde, quando permaneceram por cinco dias na sala da Coordenação, espaço até então
1783 inacessível, como forma de resistência à condução da política por tais gestores. Criticou o
1784 fortalecimento das estruturas manicomiais contemporâneas como clínicas, hospitais
1785 psiquiátricos e comunidades terapêuticas, em detrimento da RAPS. Afirmou que essas
1786 comunidades terapêuticas recebiam volumosos recursos do Ministério da Assistência Social,
1787 bem como de outros ministérios, como o da Justiça e, recentemente, o da Mulher. Apontou
1788 também a atuação do Poder Legislativo na consolidação do retrocesso, por meio de emendas
1789 parlamentares e da aprovação, na Câmara dos Deputados, do Projeto de Lei nº 1.637/2019,
1790 que se encontrava apensado ao PL nº 551/2024. Destacou que, em resposta a esse avanço
1791 conservador, a RENILA lançou, em dezembro de 2024, a “Carta aberta: o PL nº. 551 ameaça
1792 os direitos humanos e os princípios da reforma psiquiátrica”, que obteve, em uma semana,
1793 mais de 600 assinaturas de movimentos sociais, entidades da sociedade civil, entidades de
1794 classe e parlamentares. Desmistificou o vínculo historicamente construído entre loucura e
1795 periculosidade, que considerou como o cerne do argumento que sustentava o PL nº.
1796 1.637/2019. Apontou que o projeto afirmava, equivocadamente, que todas as pessoas com

sofrimento psíquico deveriam ser consideradas perigosas e propensas à criminalidade. Ressaltou que a psicopatia, frequentemente invocada no discurso parlamentar, não era reconhecida como sofrimento mental nos marcos da reforma psiquiátrica. Com base em dados do IPEA, apresentados em 2016, relatou que apenas 11,76% dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTPs abrigavam pessoas com delitos graves, enquanto 47,6% estavam ali por delitos de menor potencial ofensivo, como desacato, desobediência, injúria e falsa identidade. Enfatizou que a taxa de reincidência criminal de pessoas internadas nesses estabelecimentos era de 14,11%, inferior à média nacional, que era de 24,4%. Destacou que o perfil dos HCTPs seguia a lógica racista do sistema penal brasileiro, concentrando-se em homens adultos, entre 30 e 49 anos, de cor preta ou parda, com diagnósticos de esquizofrenia, retardo mental e uso problemático de substâncias. Reforçou que essas pessoas, por serem consideradas inimputáveis, não tinham direito à progressão de pena e acabavam submetidas a prazos de internação indeterminados. Considerou o PL 1.637/2019 como um “pacote de maldade manicomial”, inconstitucional e que deveria ser amplamente combatido. Explicou os principais pontos do projeto, que pretendia alterar os artigos 96 e 97 do Código Penal para: eliminar a possibilidade de tratamento ambulatorial e estabelecer a internação como regra; autorizar a internação em hospitais psiquiátricos ou instituições asilares, inclusive em penitenciárias, sob critério médico; substituir o tratamento ambulatorial por liberdade vigiada, com monitoramento judicial; e fixar prazos mínimos de internação de sete anos para crimes com violência e quinze anos para crimes com resultado morte. Acrescentou que o projeto previa perícias médicas trienais para avaliar a cessação da periculosidade, em substituição ao modelo atual, com reavaliações anuais. Ao concluir, relatou que a RENILA havia lançado a campanha nacional “Perigoso é o manicômio. O que resolve é o cuidado em liberdade”, como estratégia de enfrentamento ao avanço da lógica asilar. Entregou à Mesa Diretora do CNS e ao coordenador da CISM/CNS um dossiê sobre saúde mental, produzido pela rede, contendo dados, análises e conceitos que visavam atualizar e reafirmar os fundamentos da reforma psiquiátrica à luz dos desafios contemporâneos. Reforçou que o movimento social se colocava à disposição do conselho para construir, de forma conjunta, a defesa da Lei nº 10.216/2001, que completara 24 anos e celebraria 25 em 2025, ocasião para a qual propôs a realização de um evento comemorativo. Encerrando sua fala, solicitou o apoio do CNS para que o movimento antimanicomial seguisse forte e coeso na defesa dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Concluídas as exposições, foi aberta a palavra para manifestações. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, expressou agradecimento pela composição da mesa e pela continuidade do debate iniciado com a apresentação do relatório da 5ª CNSM. Avaliou que, apesar das críticas à realidade vivida, havia um sentimento de esperança com a retomada do processo democrático. Ressaltou que, após retrocessos como a reintrodução do eletrochoque no país, estava em curso a reconstrução da Rede de Atenção Psicossocial. Destacou a importância da presença do CONASEMS e explicou a escolha do assessor Flávio Alexandre como expositor, especialmente por sua atuação no enfrentamento aos hospitais de custódia, tema frequentemente esquecido. Criticou o uso do conceito de periculosidade, que considerou uma armadilha jurídica baseada em interpretações equivocadas de termos médicos. Encerrou reforçando os vínculos afetivos e militantes com os demais palestrantes, reafirmando a defesa do cuidado em liberdade, o fim das comunidades terapêuticas e o compromisso com a luta antimanicomial. Conselheira **Sibele de Lima Lemos** saudou a importância da pauta sob a perspectiva das mulheres e apontou a necessidade de promover acessibilidade nos materiais audiovisuais apresentados, sobretudo para pessoas com deficiência visual. Sugeriu que as apresentações contivessem descrição mínima dos slides para inclusão plena. Em relação à saúde mental, destacou a urgência de abordar o suicídio a partir dos marcadores sociais de sofrimento, como a violência contra mulheres, o abuso sexual infantil, e a situação de rua. Acrescentou que o suicídio não deveria ser compreendido de forma isolada, mas como resultado de um contexto de opressão sistêmica e desigualdade. Afirmou que o inimigo não era a mulher em sofrimento, mas o sistema capitalista, opressor e violento. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** rememorou sua trajetória no CNS desde os anos 2000 e destacou que, naquele período, o Conselho havia sido bastante conservador, inclusive com presença de grupos favoráveis aos manicômios. Reconheceu que houve avanços e mudanças ao longo dos anos, inclusive na consolidação da luta antimanicomial dentro do próprio CNS. Ressaltou a fala do conselheiro José Vanilson sobre o valor da vida, afirmando que a vida nos presídios também deveria ser considerada. Relatou sua participação recente em evento sobre saúde prisional e defendeu que as pessoas privadas de liberdade não deveriam ser punidas com a privação do direito à saúde, inclusive a saúde mental. Conselheira

1857 **Pérola Nazaré de Souza** parabenizou a mesa e lamentou o estigma que ainda recaía sobre o
1858 tema da saúde mental. Destacou a sobrecarga vivenciada pelas mulheres, especialmente as
1859 mães, cuidadoras e trabalhadoras, com ênfase nas mulheres com deficiência. Lembrou os
1860 abusos cometidos durante o regime militar contra pessoas com deficiência internadas em
1861 manicômios e citou o documentário *Holocausto Brasileiro*, de Daniela Arbex. Relatou o caso
1862 recente de uma mãe de criança com autismo que, durante a pandemia, cometeu suicídio após
1863 matar o filho, motivada pelo medo da morte e pela solidão do cuidado. Defendeu campanhas
1864 de conscientização para desassociar termos como “loucura” e “periculosidade” e enfatizou a
1865 necessidade de maior envolvimento dos homens nas tarefas de cuidado. Conselheiro **Getúlio**
1866 **Vargas de Moura** destacou o papel do conselheiro José Vanilson como referência permanente
1867 nos debates sobre saúde mental no CNS e defendeu que os conteúdos da 5ª Conferência
1868 fossem disseminados amplamente nos territórios, transformados em políticas públicas e
1869 incluídos no orçamento. Enfatizou que não havia política pública sem financiamento e que a
1870 pandemia havia evidenciado ainda mais a necessidade de fortalecer a saúde mental no SUS.
1871 Reforçou que a próxima etapa era garantir a devolutiva da Conferência nos espaços locais e
1872 regionais. Conselheira **Heliana Hemetério dos Santos** parabenizou a mesa e trouxe um relato
1873 pessoal sobre familiar com esquizofrenia há mais de 20 anos. Destacou a dificuldade
1874 enfrentada pelas famílias, especialmente as de baixa renda, na manutenção do cuidado diário.
1875 Lamentou que, por vezes, a internação fosse vista como única saída viável, sobretudo quando
1876 não havia apoio institucional ou familiar. Apontou o abandono como realidade silenciosa que
1877 coexistia com o discurso idealizado da família cuidadora, e questionou como enfrentar essa
1878 realidade. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** homenageou a trajetória de Ana Maria
1879 Fernandes Pitta e reconheceu a importância de sua luta. Destacou a preocupação com o
1880 direcionamento de emendas parlamentares para comunidades terapêuticas, revelando que, em
1881 2023, cerca de R\$ 400 milhões haviam sido destinados a essas instituições por meio dessas
1882 emendas. Criticou a falta de transparência nos repasses, observando que algumas entidades
1883 utilizavam até mesmo tráfego pago na internet para atrair pessoas em sofrimento. Considerou
1884 a situação absurda e incompatível com os princípios do SUS. Conselheiro **Anselmo Dantas**
1885 afirmou que aquela reunião do CNS havia assumido um caráter solene, pela recepção do
1886 Relatório da 5ª Conferência e pela reafirmação do compromisso com a dignidade da pessoa
1887 humana. Citou o sociólogo Frank Furedi ao criticar a cultura do medo, da manipulação e do
1888 avanço de ideologias anti-humanas. Enfatizou que o SUS era uma defesa da vida em sua
1889 totalidade e que o país permanecia extremamente desigual, mesmo com os avanços obtidos.
1890 Alertou que a existência de parlamentares que defendiam o manicômio era uma afronta à
1891 Constituição Federal, que estabelecia a dignidade humana como fundamento da República.
1892 Conselheira **Maria Thereza Antunes** expressou emoção com os relatos e reflexões
1893 apresentados e relatou experiência pessoal com um familiar em sofrimento psíquico,
1894 descrevendo como uma cuidadora havia criado uma estratégia lúdica para administrar a recusa
1895 alimentar e as crises comportamentais. Utilizou essa situação para reforçar a importância de
1896 abordagens humanizadas no cuidado em saúde mental. Conselheiro **Derivan Brito da Silva**
1897 destacou a importância simbólica e política da mesa, com especial ênfase à sensibilidade da
1898 fala de Ana Maria Fernandes e à memória da doutora Nise da Silveira. Defendeu que a
1899 atenção psicossocial se firmasse no acolhimento e na expressão da subjetividade. Apontou
1900 que o cuidado em saúde mental consistia em permitir que a pessoa expressasse seu mundo,
1901 mesmo que estivesse em uma realidade distinta da maioria. Ressaltou que o “fazer humano”,
1902 como o artesanato, o crochê, o tricô ou a pintura, era uma ferramenta de cuidado essencial,
1903 que deveria ser resgatada nos CAPS. Concluídas as falas, as pessoas expositoras teceram
1904 comentários gerais. O representante da RENILA, **Pedro Nazareno Barbosa Júnior**, iniciou
1905 sua devolutiva, compartilhando experiência vivida em sua atuação como técnico em um CAPS
1906 de Belém. Relatou que o primeiro acolhimento que realizara envolvera uma jovem em surto
1907 psicótico, que se identificava como “deusa do mar”, e que, mesmo com comportamento
1908 agressivo em relação à mãe, buscara construir vínculo com a usuária por meio da escuta
1909 sensível de sua narrativa simbólica. Acrescentou que, posteriormente, decidira aprofundar sua
1910 formação em saúde mental, realizando pesquisa de mestrado sobre os cuidados familiares
1911 com pessoas com esquizofrenia. Compartilhou que sua investigação revelara múltiplas formas
1912 de sobrecarga enfrentadas por familiares cuidadores, incluindo a física, emocional, financeira,
1913 social e simbólica, e que o CAPS deveria acolher a família como um todo, valorizando a
1914 construção conjunta dos Projetos Terapêuticos Singulares. Também comentou as falas sobre o
1915 desfinanciamento da RAPS e o avanço de lógicas manicômiais, alertando para a presença de
1916 representantes desses modelos em espaços ministeriais, que se beneficiavam das estruturas

1917 governamentais e desviavam recursos públicos. Destacou o anseio de participação de
1918 representante da RENILA na CISM/CNS, para contribuir nos debates, e reiterou a importância
1919 da atuação do controle social sem medo de enfrentar setores privados e governamentais que
1920 ameaçavam os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Concluiu defendendo o cuidado
1921 em liberdade como expressão da garantia de direitos. Em sua intervenção, o assessor técnico
1922 do CONASEMS, **Flávio Alexandre Cardoso Alvares**, agradeceu as falas do Plenário e da
1923 mesa, e refletiu sobre os modos de vida contemporâneos como fatores de adoecimento
1924 coletivo. Inspirado por uma fala sobre os 80 anos do fim da Segunda Guerra Mundial, provocou
1925 uma reflexão sobre o risco de a humanidade ser sua própria ameaça. Destacou que o trabalho,
1926 as relações interpessoais e o sistema produtivista tinham contribuído para a perda da
1927 capacidade de imaginar futuros possíveis, o que, segundo ele, aprofundava o sofrimento
1928 psíquico da sociedade. Comentou que a 5ª CNSM precisava ser melhor assimilada antes da
1929 realização da 6ª, e defendeu que as instituições de governança — como o CNS e os espaços
1930 tripartites — refletissem coletivamente sobre as diretrizes e seus efeitos práticos. Crítico a
1931 lógica produtivista também no campo legislativo e chamou atenção para a necessidade de
1932 desacelerar e valorizar os resultados já construídos. Reconheceu a dor expressa em casos
1933 extremos como o de uma mãe que cometeu suicídio após matar o filho, e associou isso à
1934 sensação de desesperança e ausência de saídas na sociedade atual. Finalizou relatando o
1935 caso de um andarilho institucionalizado em São Paulo, que, mesmo desejando circular pelas
1936 praias, fora mantido sob internação por decisão judicial, evidenciando os limites e contradições
1937 da atenção psicossocial quando desconsiderava o desejo e o estilo de vida dos sujeitos. A
1938 Diretora Emérita da ABRASME, **Ana Maria Fernandes Pitta**, iniciou sua fala emocionada,
1939 agradecendo pela vitalidade das manifestações. Reuniu várias falas sob o eixo da família,
1940 ressaltando que o cuidado em saúde mental exigia múltiplas dimensões, desde a escuta
1941 técnica até os gestos cotidianos de afeto, como o preparo de um mingau terapêutico. Recordou
1942 os ensinamentos da psiquiatra Nise da Silveira, com quem aprendera a ser uma profissional da
1943 escuta e da sensibilidade, e homenageou o protagonismo dos familiares nos processos de
1944 cuidado. Lamentou que o primeiro CAPS, mesmo após 38 anos, tivesse perdido parte de suas
1945 características originais, devido às transformações da sociedade, que, segundo ela, se tornara
1946 líquida, isolacionista e contrária ao espírito solidário que sustentava a política de saúde mental.
1947 Defendeu que os programas de capacitação deveriam retomar o eixo da família como sujeito, e
1948 não apenas como coadjuvante do cuidado. Reivindicou a revalorização do movimento de
1949 familiares e sua visibilidade nas políticas públicas. Concluiu com esperança, reafirmando a
1950 importância de pactos democráticos em tempos difíceis, mesmo diante do cenário de disputa
1951 orçamentária por emendas eleitorais. Por fim, conselheiro **José Vanilson Torres** evocou a
1952 importância das reuniões nos CAPS como espaços coletivos de produção de sentido, onde arte
1953 e cuidado se misturavam. Alertou para a necessidade de garantir um acolhimento continuado
1954 para a população em situação de rua, observando que o tratamento inadequado ou a
1955 negligência no primeiro atendimento geravam rupturas irreparáveis para essa população.
1956 Enfatizou que essas pessoas, por sua condição volátil e sem território fixo, exigiam
1957 acompanhamento atento e constante. Informou que, junto com a conselheira Vânia Lúcia,
1958 participava do Grupo de Trabalho sobre Desinstitucionalização de Crianças e Adolescentes em
1959 Comunidades Terapêuticas, no âmbito do CONANDA, e alertou para a responsabilidade de
1960 todos os órgãos e agentes públicos em denunciar internações irregulares. Denunciou que
1961 muitas prefeituras, inclusive, atuavam como instâncias que institucionalizavam indevidamente
1962 crianças e adolescentes. Defendeu que o lugar de crianças e jovens era na escola, e que o
1963 cuidado em liberdade era fundamental para a vida em sociedade. **Na sequência, conselheira**
1964 **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, sintetizou os encaminhamentos que emergiram do debate: 1)
1965 pautar debate no CNS sobre o Projeto de Lei nº 1.637/2019, considerando seus
1966 potenciais retrocessos à luta antimanicomial e às diretrizes da reforma psiquiátrica
1967 brasileira; 2) promover campanhas do Conselho no sentido de esclarecer a diferença
1968 entre periculosidade e loucura; 3) defender, de forma incisiva, financiamento adequado e
1969 sustentável da Política Nacional de Saúde Mental, com enfrentamento do desmonte e do
1970 desfinanciamento que comprometem a efetividade da atenção psicossocial em todo o
1971 país; 4) solicitar investimento do Ministério da Saúde na Rede de Atenção Psicossocial –
1972 RAPS, reafirmando a importância dessa alternativa ética e eficaz ao modelo manicomial;
1973 5) pautar debate no CNS sobre suicídio, reconhecendo o fenômeno como um grave
1974 problema de saúde pública e propondo estratégias intersetoriais de prevenção; 6)
1975 estimular reflexão sobre os diferentes modos de vida e seus reflexos na sociedade; 7)
1976 estimular as instituições de governança a promoverem reflexão sobre as diretrizes da 5ª

1977 **CNSM; e 8) dar ampla divulgação ao Relatório Final da 5ª CNSM. Encerrando, a**
1978 **Presidenta do CNS agradeceu a presença das pessoas convidadas e as ricas**
1979 **explicações e manifestações.** Definido esse ponto, a mesa encerrou a manhã do segundo
1980 dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: Retomando, a mesa
1981 foi composta para o item 10 da pauta. **ITEM 10 – SAÚDE DO TRABALHADOR E DA**
1982 **TRABALHADORA COMO DIREITO HUMANO DA 5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE**
1983 **SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA – 5ª CNSTT - Eixo 3: Participação**
1984 **popular na saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras para o Controle Social.**
1985 *Apresentação:* **Eduardo Bonfim da Silva**, Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas
1986 de Saúde e dos Ambientes de Trabalho – DIESAT; **Kleidson Oliveira Beserra**, Coordenador
1987 do Movimento Nacional da População de Rua do Distrito Federal - MNPR/DF; conselheira
1988 **Márcia Bandini**, representante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; e
1989 conselheiro **Jacildo de Siqueira Pinho**, coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde do
1990 Trabalhador – CISTT/CNS e da comissão organizadora da 5ª CNSTT. *Coordenação:*
1991 conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira
1992 **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Começando, conselheira **Francisca**
1993 **Valda da Silva** recordou que a discussão fazia parte de uma agenda permanente para levantar
1994 subsídios às etapas da 5ª CNSTT, tanto as que ainda estavam em fase de publicação de
1995 relatório quanto as que seguiam em processo de realização. Conselheiro **Jacildo de Siqueira**
1996 **Pinho**, coordenador da CISTT/CNS, fez uso da palavra para reforçar a relevância do eixo em
1997 debate, afirmando que aquele era um dos principais pilares da Conferência. Explicou que, nos
1998 eixos anteriores, já haviam sido abordadas bases conceituais importantes para a construção do
1999 controle social, e que o Eixo 3 permitiria aprofundar a discussão sobre a participação popular
2000 como elemento central na promoção da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras.
2001 Destacou que a escolha das pessoas palestrantes não havia sido aleatória, pois suas
2002 trajetórias eram referências no campo em questão, e afirmou que a expectativa era de que a
2003 mesa contribuísse para uma compreensão ampla e efetiva do tema. A seguir, a mesa abriu a
2004 palavra às pessoas palestrantes, com leitura prévia do currículo de cada uma. Conselheira
2005 **Márcia Bandini**, representante da Abrasco, iniciou sua exposição saudando os presentes e
2006 agradecendo a presença da equipe da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT)
2007 e da Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente, Mariângela Simão. Reforçou que a
2008 participação social deveria ser entendida como parte fundamental da democracia e que, em
2009 contextos recentes, como o desmonte de mais de 200 colegiados em 2019, essa participação
2010 havia sido frontalmente atacada. Alertou para a necessidade de resistir e reconstruir
2011 mecanismos de controle social, especialmente por meio dos movimentos sociais e sindicais.
2012 Situou a participação como conquista histórica do SUS, a partir da 8ª Conferência Nacional de
2013 Saúde, e lembrou que sua efetivação dependia de espaços facilitadores e de práticas
2014 democráticas estruturadas. Resgatou marcos históricos como a Carta de Ottawa (1986) e a
2015 Declaração de Jacarta (1997), e lembrou que o Brasil se tornara referência mundial em
2016 participação social em saúde. Ressaltou que, no campo da saúde do trabalhador, o
2017 pensamento marxista, com destaque para autores como Ricardo Antunes e Gessé Souza,
2018 fornecia fundamentos importantes para a análise das contradições do trabalho no capitalismo
2019 contemporâneo. Ao abordar o direito ao trabalho digno como direito humano, apontou que
2020 conquistas como férias e previdência não haviam sido benesses do Estado, mas frutos da luta
2021 coletiva. Destacou que a dignidade humana deveria estar no centro das políticas públicas e
2022 provocou a reflexão sobre os impactos de processos como a legalização da precarização, a
2023 perda de direitos trabalhistas, o crescimento da violência institucional e as políticas de morte
2024 impostas às populações em situação de vulnerabilidade. Apontou ainda os desafios
2025 contemporâneos à participação social, tanto no âmbito do controle social instituído, com baixa
2026 visibilidade, representatividade e estrutura, quanto no das forças instituintes, marcadas por
2027 formação precária, cooptação e fragmentação das lutas sociais. Apresentou dados atualizados
2028 sobre a realização das conferências municipais, regionais e estaduais, e convidou os presentes
2029 à reflexão coletiva sobre o que viria desses espaços. Finalizou questionando de que maneira,
2030 em um contexto de fragmentação de direitos e aprofundamento das desigualdades, seria
2031 possível promover uma participação popular capaz de sustentar um controle social eficaz,
2032 comprometido com a defesa da saúde como direito e do trabalho como expressão de dignidade
2033 humana. Seguindo, expôs o representante do DIESAT, **Eduardo Bonfim da Silva**, que iniciou
2034 sua apresentação destacando a importância simbólica de estar presente naquele espaço,
2035 representando uma trajetória oriunda da periferia da zona leste de São Paulo. Ressaltou que
2036 participar de uma mesa como aquela, no CNS, representava o reconhecimento da legitimidade

2037 da participação popular como instrumento de transformação da política pública em saúde do
2038 trabalhador. Afirmou que a participação popular constituía-se como o principal instrumento de
2039 resistência às múltiplas formas de violência promovidas pelo capital, que adoeceu e exterminou
2040 juventudes, populações em situação de vulnerabilidade e trabalhadores. Indicou que a escuta
2041 ativa e qualificada deveria ser um exercício constante, pois era ela que permitia a valorização
2042 das vivências populares como fontes legítimas de produção de saber. Resgatou o histórico das
2043 conferências anteriores, evidenciando a evolução quali-quantitativa da participação popular.
2044 Recordou que a 3ª CNST marcara um ponto de inflexão, quando o protagonismo fora dado às
2045 vozes historicamente invisibilizadas, como trabalhadores precarizados, mulheres e juventudes
2046 das periferias. Reforçou que a 4ª Conferência consolidara bandeiras históricas e ampliara a
2047 inserção de novos sujeitos, incluindo mais de 40 mil participantes em sua totalidade. Destacou
2048 que essas conferências foram espaços de tensão e construção de propostas políticas,
2049 resultado do enfrentamento popular, e não concessões institucionais ou dádivas do capital.
2050 Apontou que a saúde do trabalhador, no âmbito do SUS, nascera da denúncia coletiva dos
2051 sofrimentos causados pela organização do trabalho e da luta dos movimentos sociais.
2052 Mencionou que a discussão sobre a intersectorialidade e a articulação entre saúde, trabalho e
2053 meio ambiente já era presente desde a segunda conferência e seguia atualizada como
2054 demanda permanente da classe trabalhadora. Enumerou os principais desafios enfrentados
2055 atualmente, entre os quais destacou: o baixo grau de capilaridade da pauta de saúde do
2056 trabalhador nos conselhos municipais e estaduais; a ausência de formação política e popular
2057 dos sujeitos do controle social; a desmobilização deliberada das comissões intersectoriais por
2058 parte de gestões que buscavam enfraquecer a participação popular; e a ausência de escuta
2059 dos trabalhadores precarizados, em especial dos vinculados a plataformas digitais, que
2060 compunham um contingente crescente de trabalhadoras e trabalhadores invisibilizados.
2061 Salientou que, apesar da realização das conferências, era recorrente a ausência de devolutivas
2062 nos territórios, o que comprometia a apropriação popular dos debates e das deliberações.
2063 Assim, reforçou a necessidade de sistematizar, democratizar e socializar as informações,
2064 ampliando o acesso à linguagem facilitada e à produção de materiais pedagógicos. Citou como
2065 exemplo os instrumentos produzidos pela CISTT/CNS, como cartazes e cartilhas, elaborados
2066 com metodologia participativa e acessível. Apresentou dados da mobilização para a 5ª
2067 Conferência, destacando a expressiva adesão de mais de 2.000 pessoas, superando as metas
2068 previstas, mesmo diante das dificuldades logísticas e orçamentárias. Explicou que, nos
2069 encontros preparatórios, fora estimulada a construção de cápsulas do tempo, com perguntas
2070 provocadoras como: “*O que eu tenho a ver com isso?*”, uma forma de estimular a reflexão
2071 sobre a vinculação entre o cotidiano e os direitos humanos no trabalho. Defendeu que a saúde
2072 do trabalhador deveria ser tratada como um direito humano, com base em uma perspectiva
2073 interseccional que considerasse as desigualdades regionais, raciais, de gênero e de classe.
2074 Denunciou o avanço da informalidade e da uberização, a precarização das relações de
2075 trabalho e a “coisificação” da pessoa humana, destacando que o desafio estava em reconectar
2076 a política e “o povo”, com base na escuta, no afeto e na construção coletiva do saber. Finalizou
2077 propondo uma dinâmica mística, como forma de resgatar o sentido mobilizador da participação
2078 social, com base na cultura popular e na ancestralidade dos cantos coletivos. A intenção foi
2079 reiterar que a transformação da política em saúde do trabalhador somente seria possível por
2080 meio da escuta das bases e da atuação combativa dos movimentos sociais. Fechando as
2081 exposições, o coordenador do MNPR/DF, **Kleidson Oliveira Beserra**, também abordou o
2082 tema, iniciando com cumprimentos ao Plenário e compartilhamento de sua trajetória enquanto
2083 usuário do SUS. Relatou que fora acolhido pela RAPS, cujos trabalhadores o haviam apoiado
2084 em momentos decisivos de sua vida, mas grande parte desses profissionais já havia deixado a
2085 Rede, muitos por aposentadoria ou por desgaste relacionado à pressão institucional. Criticou o
2086 enfraquecimento das condições de trabalho dos profissionais da saúde, especialmente no
2087 contexto do Distrito Federal, que, segundo ele, sofrera um processo deliberado de desmonte
2088 para viabilizar a terceirização dos serviços públicos, citando especificamente a atuação do
2089 Instituto de Gestão Estratégica de Saúde - IGES. Denunciou que esse modelo impusera aos
2090 trabalhadores rotinas precárias, ausência de ferramentas adequadas, instalações inadequadas
2091 e gestão exercida por pessoas não qualificadas, nomeadas por indicação política. Mencionou
2092 que quase perdera o filho em razão da má gestão de um serviço de saúde local. Alertou para o
2093 déficit significativo de trabalhadores nos CAPS do DF e afirmou que muitos profissionais
2094 experientes haviam deixado os serviços devido à falta de valorização. Relatou que, como
2095 usuário do CAPS, teve acesso a assembleias e atividades que o ajudaram a abandonar
2096 práticas autodestrutivas e a desenvolver um processo de cuidado coletivo. Relembrou que, a

2097 partir desse processo, decidiu atuar em defesa dos trabalhadores, começando por pequenas
2098 ações como o retorno de um profissional de limpeza à unidade, e, posteriormente, assumindo
2099 funções de representação e controle social. Explicou que sua entrada no conselho de saúde
2100 ocorreu com o objetivo de proteger os trabalhadores da saúde mental, cuja atuação
2101 considerava fundamental. Com apoio dos profissionais da Rede, buscou qualificação e
2102 engajamento político para atuar como ponte entre usuários e trabalhadores, reconhecendo a
2103 importância do território, da escuta e das dinâmicas coletivas para o êxito da atenção
2104 psicossocial. Também denunciou a precarização generalizada das unidades do CAPS, onde,
2105 segundo ele, residentes eram desmotivados por encontrarem profissionais exaustos,
2106 sobrecarregados e sem condições de oferecer formação adequada. Destacou que essa
2107 fragilidade impactava diretamente o cuidado aos usuários e a sustentabilidade da Rede.
2108 Criticou duramente a terceirização dos CAPS e a perda de direitos por parte dos trabalhadores
2109 terceirizados, associando isso à piora no acolhimento e à desumanização do cuidado. Apontou
2110 que havia um esvaziamento das assembleias, das atividades comunitárias e da integração
2111 entre os CAPS, que, em sua visão, já haviam constituído uma rede colaborativa e ativa no
2112 passado. Comentou que identificara uma rede de desmonte, inclusive com unidades geridas
2113 em associação com clínicas psiquiátricas e práticas manicomiais. Apontou a existência de
2114 gestões locais em conflito com os trabalhadores, gerando ambientes insalubres e adoecedores.
2115 Relatou que, nos territórios, a ausência de trabalhadores comprometidos dificultava o
2116 acolhimento e a escuta, e que usuários acabavam sendo revitimizadas por gestões autoritárias
2117 e pela falta de estrutura. Apontou ainda o papel nocivo de setores religiosos que, segundo ele,
2118 utilizavam a loucura como meio de lucratividade, por meio de comunidades terapêuticas e
2119 outras formas de segregação social. Defendeu que os usuários sejam politizados pelos
2120 próprios trabalhadores, para que pudessem atuar na defesa do SUS e dos profissionais da
2121 saúde. Segundo afirmou, a politização da base seria uma estratégia para enfrentar a opressão
2122 institucional e os gestores que atuavam para dismantelar a rede pública. Ressaltou que sua
2123 trajetória como representante de usuários fora possível graças ao incentivo de uma psicóloga,
2124 e que desejava que outros usuários tivessem a mesma oportunidade de se engajar e
2125 transformar a realidade dos serviços. Encerrando sua fala, conclamou os trabalhadores a
2126 unificarem suas vozes, superando divisões internas, e chamou atenção para a importância de
2127 os conselhos de saúde incluírem a saúde mental como pauta prioritária, lembrando que os
2128 próprios profissionais da RAPS também precisavam de cuidado em saúde mental. Alertou para
2129 os riscos representados pela aliança entre gestores públicos e instituições privadas que
2130 lucravam com a precarização do cuidado e reafirmou seu compromisso com a defesa da rede
2131 pública e com os trabalhadores que haviam transformado sua vida. Concluídas as exposições,
2132 a mesa abriu para debate. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** iniciou sua intervenção
2133 cumprimentando os integrantes da mesa e destacou a relevância do momento, marcado pelo
2134 encerramento das conferências livres. Enfatizou que tais espaços haviam ampliado o debate
2135 sobre a saúde do trabalhador nas periferias, onde, segundo ele, vivem as mães solo e a
2136 população negra. Relatou que a CONAM organizara uma conferência livre com mais de 300
2137 participantes e reforçou que o desafio seria mobilizar a sociedade para construir uma 18ª
2138 Conferência Nacional de Saúde forte, precedida por uma 5ª CNSTT potente e transformadora.
2139 Conselheira **Camila Francisco de Lima** ressaltou a invisibilidade das trabalhadoras sexuais,
2140 especialmente mulheres trans, que frequentemente eram empurradas à prostituição por falta
2141 de oportunidades. Denunciou o preconceito e a exclusão em processos seletivos e concursos
2142 públicos, e reivindicou que o CNS reconhecesse a precariedade dessa profissão e os riscos de
2143 vida enfrentados por essas mulheres. Defendeu que a conferência abordasse essa pauta com
2144 responsabilidade. Conselheira **Lucimary Santos Pinto** lembrou a origem histórica da CLT e
2145 apontou que, apesar de conquistas anteriores, os trabalhadores viviam hoje um cenário de
2146 retrocessos e adoecimento. Criticou os contratos precários, que impossibilitavam o direito à
2147 saúde e à aposentadoria, e defendeu que a 5ª CNSTT regatasse o protagonismo dos
2148 trabalhadores na luta por condições dignas de trabalho. Conselheira **Shirley Marshal Diaz**
2149 **Morales** valorizou o espaço dedicado ao tema da saúde do trabalhador e destacou a
2150 importância da mobilização nos territórios para fortalecer os conselhos locais de saúde.
2151 Relatou que, em seu estado, o processo de privatização das UPAs gerava conflitos e
2152 desinformação, com usuários apoiando propostas contrárias ao SUS por desconhecimento.
2153 Defendeu que o processo de formação e participação popular fosse prioridade na Conferência.
2154 Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, reiterou a relevância da mesa
2155 e destacou a fala do coordenador do MNPR/DF, ressaltando a importância da escuta sensível
2156 dos usuários e da construção de vínculos afetivos nos espaços de cuidado. Apontou que o

reconhecimento mútuo entre usuários e trabalhadores permitia experiências de trabalho que geravam prazer e saúde. Defendeu a ampliação do trabalho articulado com as bases, por meio da qualificação dos conselhos locais e da presença do DIESAT como parceiro estratégico para consolidar o controle social. Conselheiro **Anselmo Dantas** refletiu sobre a esperança coletiva como força mobilizadora para transformar a realidade. Citou as desigualdades agravadas na pandemia, como o aumento do número de bilionários no país, e defendeu a consolidação da 5ª CNSTT como um marco concreto de transformação da vida das pessoas. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** destacou a contribuição histórica de Fernanda Benvenutty no CNS, em especial na construção das conferências de saúde, e reforçou a importância de reconhecer profissões historicamente marginalizadas, como a das profissionais do sexo. Relembrou que a prostituição não é crime no Brasil e que o preconceito e a negação de direitos geravam vulnerabilidades e violência. Conselheira **Sílvia Cavalleire Araújo da Silva** apresentou dados sobre a discriminação contra a população LGBTQIA+ no ambiente de trabalho, apontando o impacto direto dessa violência na exclusão do mercado formal. Reforçou a necessidade de que a 5ª CNSTT incluísse a diversidade de gênero e sexualidade como pauta central, e conclamou o Conselho a mobilizar os trabalhadores LGBT+ em seus territórios para garantir uma conferência potente e inclusiva. Conselheiro **José Vanilson Torres** defendeu a importância das conferências livres para garantir a participação de quem não passava pelo “funil” das etapas municipais e estaduais. Apresentou propostas construídas nesses espaços, como a criação de programas de fornecimento de EPIs para trabalhadores em situação de rua e a inclusão dessa população nas políticas de saúde, com protocolos específicos nos centros de referência. Relembrou os cortes de recursos da assistência social em 2019 e destacou a necessidade de formação política também para usuários, de modo que pudessem atuar na defesa de serviços humanizados e permanentes. Por fim, conselheiro **João Donizete Scaboli** encerrou a rodada de falas saudando a pertinência do ponto de pauta e parabenizando o Conselho pela realização da 5ª CNSTT. Apresentou dados do Ministério do Trabalho e Emprego indicando mais de 500 mil acidentes de trabalho notificados em 2023 e cerca de 3 mil mortes, reforçando a urgência de mudanças. Destacou o papel do DIESAT na mobilização social e na formação de lideranças para o controle social, e afirmou que a próxima Conferência deveria ser um marco na defesa da vida e da dignidade dos trabalhadores. Finalizado o debate, a mesa abriu para considerações das pessoas palestrantes. O representante do DIESAT, **Eduardo Bonfim da Silva**, iniciou suas considerações finais parabenizando as falas apresentadas e ressaltou a importância da escuta como prática estruturante do controle social. Destacou que as palavras-chave trazidas no debate – como conferências livres, escuta, denúncia, desesperanças, defesa da vida, formação, acolhimento e ruologia – sintetizavam os sentidos esperados da 5ª CNSTT. Defendeu que a conferência deveria ser, ao mesmo tempo, espaço de denúncia, formação, provocação e proposição, capaz de transformar a violência do trabalho em promoção da saúde e da vida. Encerrou sua fala reafirmando o papel do controle social e homenageando o SUS e a classe trabalhadora. O coordenador do MNPR/DF, **Kleidson Oliveira Beserra**, retomou sua fala agradecendo o espaço e defendendo que, como sujeitos coletivos, os trabalhadores de cada unidade deveriam poder eleger suas lideranças, rompendo com a lógica de nomeações externas por critérios alheios à realidade do serviço. Relatou que presenciara diversas situações em que as equipes expressaram preferência por lideranças legitimadas, sem que tivessem o direito de formalizá-las. Concluiu reafirmando a importância da politização dos usuários e afirmou que eles eram plenamente capazes de compreender seus direitos, desde que houvesse escuta e orientação paciente. Disponibilizou-se como delegado para a Conferência, manifestando seu compromisso com o processo. Conselheira **Márcia Bandini**, representante da ABRASCO, expressou grande expectativa com os resultados das conferências livres e revelou que a Comissão de Relatoria planejava realizar uma análise comparativa das contribuições recebidas. Enfatizou que as profissionais do sexo eram trabalhadoras com direitos, cuja inclusão na 5ª CNSTT deveria ser garantida com responsabilidade. Defendeu a universalização da previdência como eixo de proteção social e reiterou que a intensificação do trabalho e a superexploração eram incompatíveis com a saúde mental. Concordeu com a importância dos afetos e da solidariedade como resposta às violências laborais, sem ignorar os enfrentamentos políticos necessários. Afirmou que era preciso unir os conteúdos, mais do que os contornos, e citou Paulo Freire e Geraldo Vandré como inspirações para o movimento da conferência. Emocionou-se ao denunciar o apagamento de pessoas trans no monumento do Muro de Pedra por decisão do governo norte-americano, caracterizando o ato como uma violência absurda e alertando para os riscos do avanço de práticas excludentes. Encerrou evocando, com entusiasmo, o “rumor” transformador

da 5ª CNSTT, em homenagem à sua ancestralidade italiana e à força das vibrações populares. Conselheiro **Jacildo de Siqueira Pinho**, coordenador da CISTT/CNS e da comissão organizadora da 5ª CNSTT, rememorou os debates anteriores sobre tempo livre, saúde e bem-viver, reforçando que o eixo 3 aprofundava o sentido da participação popular. Agradeceu aos palestrantes Bruno Chapadeiro e Karla Freire, mencionando que a escolha dos expositores havia se pautado na escuta dos que realmente vivenciaram os temas tratados. Relatou conversas realizadas com o Coordenador-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador sobre trabalho escravo e reforçou que ouvir diretamente as pessoas que sofreram violências estruturais era imprescindível para uma política pública transformadora. Defendeu que a escuta continuada dos trabalhadores e trabalhadoras era fundamental em todas as etapas da conferência, das municipais às livres, e concluiu com entusiasmo, declarando “rumo a 5ª CNSTT”. Conselheira **Francisca Valda da Silva** finalizou agradecendo a qualidade e a objetividade das contribuições apresentadas. Ressaltou que, mesmo sem deliberações formais, o debate oferecera insumos valiosos sobre o Eixo 3. Relembrou que os estados ainda estavam enviando as etapas estaduais até o dia 15 de junho e convocou todos os conselheiros e as conselheiras a fortalecerem essa reta final. Ressaltou que o contexto atual impunha o desafio de defender os direitos já conquistados, diante de um cenário de retrocessos estruturais. Apontou que o poder constituído concentrava renda, tecnologia e saberes nas mãos de poucos, enquanto o poder popular, solidário e constituinte, precisava ser fortalecido pela mobilização territorial. Destacou a importância do resgate das pautas sobre a precarização de mulheres trans, das conferências livres, da articulação com o projeto Participa Mais, da mobilização das CISTTs e do apoio do DIESAT. Mencionou também o papel das universidades e dos residentes da área da saúde como futuros trabalhadores do SUS, e defendeu que profissões historicamente marginalizadas, como a das profissionais do sexo, fossem reconhecidas como legítimas e acolhidas pelas políticas públicas.

ITEM 11 - DESAFIOS À GARANTIA DA INTEGRALIDADE DE PESSOAS AUTISTAS: QUAL O PAPEL DA SAÚDE? - ABA e os desafios para o seu exercício ético. Ameaças à autonomia profissional e o papel dos conselhos de classe. Treinamento de pais - um caminho para a política pública em saúde para pessoas Autistas. Integralidade ameaçada: é só terapia que autistas precisam? Apresentação: **Grace Cristina Ferreira**, Sócia-proprietária da Adastra Desenvolvimento e Comportamento Humano; **Izabel Hazin**, representante do Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Sabrina Garcia Castro Nascimento** - Professora de Atendimento Educacional Especializado - AEE do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia – IFBA; **Lucelmo Lacerda Brito** – Professor - Ativista na temática do Autismo; conselheiro **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, representante da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência-CIASPD/CNS. *Coordenação:* conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, abriu o debate contextualizando o tema como uma continuidade das discussões sobre saúde mental, com encaminhamento da CIASPD/CNS. Informou que o ponto de pauta tratava dos desafios à garantia da integralidade de pessoas autistas, destacando o papel do setor saúde nesse processo. Apontou que cerca de 1 a 2% da população brasileira vivia com algum grau do transtorno do espectro autista (TEA) e reconheceu que havia grandes desafios na formulação e implementação de políticas públicas para essa população. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** também fez uma saudação às pessoas convidadas e, de imediato, abriu a palavra para a conselheira **Maria do Carmo**, presidenta da ABRA, para considerações iniciais sobre o tema. Contextualizou sua trajetória pessoal e institucional no movimento e Informou que era mãe de um homem autista de 41 anos, também diagnosticado com Parkinson, e compartilhou brevemente sua experiência familiar. Agradeceu ao conselheiro Gilson Silva pela indicação para representar a Comissão no debate, e saudou as pessoas palestrantes convidadas, com destaque ao professor **Lucielmo Lacerda**, que, mesmo com agenda cheia, havia aceitado o convite para compor a mesa. Recordou que a pauta havia sido originalmente proposta para o mês de abril, em alusão ao mês da conscientização do autismo, mas fora transferida para maio por questões logísticas da Mesa Diretora. Justificou, assim, a presença da entidade naquele momento. Relembrou que a ABRA fora fundada em 1988 por um grupo de pais que, à época, enfrentavam o desconhecimento generalizado sobre o autismo e organizaram as primeiras entidades voltadas à defesa de pessoas autistas. Narrando marcos históricos do movimento, informou que o primeiro congresso nacional sobre autismo no Brasil havia sido realizado em 1989, sob organização da ABRA em parceria com a associação Asteca, sediada em Brasília. Explicou que, a partir desse evento, fora criado o Grupo de

2277 Estudos e Pesquisa para as Pessoas com Autismo – GEPAP, o qual impulsionou a
2278 disseminação do tema em todo o país. Destacou que, atualmente, o conhecimento sobre o
2279 autismo estava muito mais difundido, ao ponto de ser comum ouvir relatos de pessoas que têm
2280 parentes, amigos ou vizinhos com o diagnóstico, algo impensável nas décadas anteriores.
2281 Encerrando sua fala, reafirmou o compromisso da ABRA com todas as pessoas com autismo,
2282 com especial atenção aos de suporte três, cuja condição demandava cuidados mais complexos
2283 e contínuos. Ressaltou que, como mãe de um autista severo, compreendia profundamente os
2284 desafios enfrentados por essas famílias e declarou que era por ele, e por todas as pessoas
2285 com autismo do Brasil, que permanecia na luta com amor, compromisso e perseverança.
2286 Seguindo, a mesa abriu a palavra para as exposições, com leitura prévia dos currículos da
2287 cada um antes das falas. A Sócia-proprietária da Adastra Desenvolvimento e Comportamento
2288 Humano, **Grace Cristina Ferreira**, foi a primeira expositora, iniciando com agradecimentos à
2289 CIASPD/CNS pelo convite, bem como às colegas da análise do comportamento que a
2290 apoiaram na preparação da apresentação, especialmente Ana Arantes e Liliane Rocha.
2291 Destacou que sua fala representaria profissionais da área e que buscara compor uma
2292 contribuição coletiva. Antes de tratar diretamente da Análise do Comportamento Aplicada -
2293 ABA, enfatizou a importância de a 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da
2294 Trabalhadora considerar também os direitos dos terapeutas, especialmente os que atuavam
2295 com reabilitação, como fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas.
2296 Argumentou que esses profissionais, embora regulamentados por lei, ainda enfrentavam
2297 subordinação indevida à medicina, o que, na prática, comprometia sua autonomia e liberdade
2298 de decisão clínica, especialmente no atendimento de pessoas com autismo. Defendeu a
2299 valorização da autonomia e da regulamentação de todas as profissões da saúde. Ao introduzir
2300 o tema da Análise do Comportamento Aplicada, explicou que se tratava da aplicação de uma
2301 ciência, a Análise do Comportamento, aos contextos humanos e ambientais. Ressaltou que,
2302 embora muitas vezes confundida com uma técnica ou protocolo, a ABA constituía um campo
2303 científico comprometido com o bem-estar, a qualidade de vida e a autonomia das pessoas,
2304 especialmente daquelas em situação de vulnerabilidade. Apontou que o comportamento
2305 humano resultava de uma combinação entre características neurobiológicas e genéticas e das
2306 interações com os contextos sociais e ambientais. Afirmou que os comportamentos se
2307 desenvolviam e eram mantidos com base nas consequências ambientais que geravam, sendo,
2308 portanto, fruto de relações, e não de determinações individuais isoladas. Explicou que a ABA
2309 atuava promovendo o desenvolvimento de habilidades, criando contextos favoráveis à
2310 expressão do potencial das pessoas, e educando os ambientes que as cercavam. Disse que a
2311 generalização de comportamentos, ou seja, sua manifestação em múltiplos contextos da vida
2312 cotidiana, era um dos objetivos centrais das intervenções em ABA. Para ilustrar, citou a
2313 comunicação aumentativa e alternativa como exemplo de habilidade que deveria ser ensinada
2314 não apenas no consultório, mas também em casa, na escola e em espaços públicos. Ressaltou
2315 que a ABA não apenas ensinava habilidades novas, mas também preservava e fortalecia
2316 competências já adquiridas, com atenção especial às dificuldades de manutenção de
2317 comportamentos por parte de algumas pessoas com autismo. Enfatizou que a intervenção era
2318 sempre individualizada e precedida por avaliação, com decisões baseadas em dados
2319 observáveis e mensuráveis. Afirmou que a participação da família e da própria pessoa com
2320 autismo era indispensável na definição dos objetivos terapêuticos. Apontou que a análise do
2321 comportamento não se restringia ao ambiente clínico e podia ser realizada em diversos
2322 contextos — na escola, em casa, no parque ou em qualquer outro local onde a pessoa vivesse.
2323 Defendeu a necessidade de ampliar o conceito de atendimento em saúde, criticando modelos
2324 que limitavam o reconhecimento de práticas de saúde aos atendimentos realizados em
2325 consultório. Defendeu que a promoção da saúde da pessoa com autismo deveria ocorrer onde
2326 ela estivesse, em resposta às suas demandas concretas e contextuais. Explicou que a ABA
2327 dispunha de técnicas validadas cientificamente, reconhecidas como práticas baseadas em
2328 evidências no atendimento a pessoas com autismo e apresentou tabelas com essas práticas,
2329 destacando que a maioria delas derivava de princípios da análise do comportamento.
2330 Ressaltou que, embora ainda não regulamentada como profissão no Brasil, a ABA possuía
2331 status científico e vinha sendo aplicada por diversos profissionais da saúde, como
2332 fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Discorreu sobre a necessidade de se
2333 combater mitos em torno da ABA e rejeitou, de forma veemente, práticas como a limitação
2334 física do indivíduo, o uso de punições, a exigência de posturas rígidas ou repetições
2335 excessivas, bem como a ideia de que a ABA fosse autossuficiente ou única forma de
2336 intervenção para esse grupo. Enfatizou que a ABA não excluía outras abordagens e reconhecia

a importância da interdisciplinaridade. Defendeu que a prática da ABA fosse informada pelo paradigma do cuidado informado pelo trauma, reconhecendo que pessoas com autismo poderiam ter vivenciado experiências terapêuticas traumáticas no passado. Destacou a necessidade de posturas profissionais mais horizontais, centradas no respeito ao assentimento da pessoa em terapia, seja por fala, comunicação alternativa ou comportamento. Por fim, referiu-se à Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental - ABPMC como entidade que já realizava a acreditação de analistas do comportamento no Brasil. Defendeu que a regulamentação da ABA, com apoio de órgãos governamentais, era fundamental para o desenvolvimento ético e técnico da área e para a ampliação da oferta de cuidado qualificado a pessoas com autismo no país. A psicóloga **Izabel Hazin**, representante do CFP, iniciou sua fala em nome do 19º Plenário do Conselho Federal de Psicologia, agradecendo pelo convite e pela oportunidade de debater um tema que vinha adquirindo grande relevância dentro do Sistema Conselhos de Psicologia. Informou que, recentemente, havia ocorrido o Encontro Nacional das Comissões de Orientação e Fiscalização e das Comissões de Ética de todos os Conselhos Regionais, e que, pela primeira vez, o principal ponto de atenção dessas comissões fora, de maneira unânime, o atendimento às pessoas com Transtorno do Espectro Autista - TEA. Apresentou dados demográficos e epidemiológicos, resgatando que, segundo o último Censo, o Brasil contabilizava 18,6 milhões de pessoas com deficiência, e que a Organização Mundial da Saúde estimava que cerca de dois milhões de pessoas com autismo viviam no país. Destacou que a compreensão do autismo exigia atenção à sua natureza heterogênea, uma vez que o espectro incluía desde quadros mais leves até quadros mais severos. Ressaltou que os níveis de suporte (1, 2 e 3) não eram sinônimos de gravidade, mas elementos importantes na definição das necessidades de cuidado e de serviço. Apontou que a característica comum entre todas as pessoas no espectro era a dificuldade na cognição social, refletida em desafios na comunicação e interação social, além de comportamentos e interesses restritos, repetitivos e, frequentemente, acompanhados por alterações sensoriais. Explicou que o entendimento sobre o autismo evoluíra historicamente, desde representações mitológicas e literárias antigas até classificações científicas mais recentes, como as contidas nas diferentes versões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM. Destacou a transição do conceito de “esquizofrenia infantil” no DSM I e II, passando pelos “transtornos globais do desenvolvimento” nas edições III e IV, até o modelo dimensional e integrativo do DSM-5 e DSM-5-TR, que estabeleceu o conceito de espectro. Mencionou também o conceito contemporâneo de neurodiversidade, cunhado por Judy Singer, o qual propunha que diferentes formas de organização e funcionamento neurológico fossem reconhecidas e respeitadas como parte da diversidade humana. Inclusive, sentiu falta de uma pessoa com autismo na mesa de debate, reiterando a importância do lema “Nada sobre nós, sem nós”, e defendeu que qualquer formulação de conhecimento e política pública sobre autismo deveria necessariamente considerar as vozes de quem vivencia essa condição. Ao abordar a política pública, recordou o papel da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que deu origem à Política Nacional de Saúde Mental da Criança e do Adolescente. Reconheceu o avanço tardio dessa política, mas destacou que ela inaugurara um modelo de cuidado psicossocial pautado na intersetorialidade, territorialidade e integralidade. Acrescentou que a aprovação da Lei 12.764/2012, resultado da mobilização de familiares, também marcara um ponto importante, ao estabelecer os direitos da pessoa com autismo. Destacou dois grandes eixos de tensão na atualidade: o primeiro, entre a defesa de serviços exclusivos, centralizados em uma única tecnologia e instituição, versus o modelo de redes públicas intersetoriais e multiprofissionais; o segundo, entre a atuação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis - CAPSij e os Centros Especializados em Reabilitação - CERs. Questionou se o cuidado à pessoa com autismo deveria se dar no campo da reabilitação ou no da saúde mental, intersetorial e territorializada. Assinalou que essas tensões abriam espaço para a emergência do que denominou de “indústria do autismo”, cujos interesses econômicos se manifestavam em diferentes esferas. Ao tratar do Poder Legislativo, apontou que existiam atualmente mais de 278 projetos de lei sobre autismo, muitos deles sobrepostos a legislações já existentes ou conflitantes entre si, e, em sua maioria, sem embasamento científico. Destacou que esse excesso indicava a formação de um verdadeiro “partido do autismo”. Mencionou ainda uma audiência pública agendada para o dia 20 de maio, que discutiria a assistência à pessoa com TEA. No âmbito do Poder Executivo, relatou o crescimento da oferta de centros públicos específicos para autistas em diversos municípios, bem como a proliferação de cursos destinados a pais, profissionais e cuidadores, além de serviços e produtos voltados à população autista, desde alimentos até objetos terapêuticos. Alertou para o risco de mercantilização e para a criação de ambientes homogêneos, que por

2397 vezes resultavam em ganhos simbólicos, mas também em perdas éticas e epistemológicas.
2398 Abordou com ênfase a imposição da Análise do Comportamento Aplicada (ABA) como
2399 abordagem única e exclusiva para o cuidado de pessoas com autismo, criticando o modo como
2400 essa narrativa havia sido construída. Defendeu a autonomia profissional, especialmente da
2401 categoria da psicologia, na escolha de suas abordagens teórico-metodológicas, práticas e
2402 tempos de atendimento. Relatou que o CFP vinha recebendo diversos relatos de profissionais
2403 pressionados por prescrições externas, inclusive vindas de outros profissionais da saúde, o que
2404 representava uma violação da autonomia técnica. Reafirmou que o papel do Conselho Federal
2405 de Psicologia era o de orientar e fiscalizar os serviços ofertados à sociedade, garantindo que
2406 fossem prestados com base em ética e técnica. Informou que, desde a gestão anterior, o CFP
2407 havia instituído um Grupo de Trabalho sobre Desenvolvimento Infantil e promovido uma série
2408 de iniciativas para mapear os desafios do atendimento à população com autismo. Relatou que,
2409 a partir de escutas realizadas com psicólogas(os), pessoas com autismo e familiares, o CFP
2410 elaborou uma nota técnica de orientação sobre o uso de intervenções comportamentais com
2411 base na ABA, com especial atenção a práticas problemáticas, como uso de câmeras,
2412 sobrecarga de carga horária e restrições de métodos. A nota seria lançada em 29 de maio,
2413 como instrumento de subsídio à atuação ética e qualificada dos profissionais. Concluiu sua fala
2414 com uma citação de Julie Dachez, autora com autismo, que afirmava desejar viver em um
2415 mundo onde pudesse ser ela mesma, com sua voz respeitada, sem precisar combater
2416 diariamente estereótipos e discriminações. Reforçou que esse deveria ser o mundo a ser
2417 construído, lembrando que o autismo não era uma doença a ser curada, mas uma condição a
2418 ser reconhecida com dignidade. A seguir, expôs a professora de Atendimento Educacional
2419 Especializado - AEE do IFBA, **Sabrina Garcia Castro Nascimento**, apresentou-se como
2420 professora de AEE do IFBA, mulher negra com autismo e mãe atípica de filhas gêmeas
2421 também com autismo. Saudou a classe trabalhadora, destacando o grupo ainda reduzido, mas
2422 crescente, de pessoas com deficiência que também compunham a força de trabalho. Relatou
2423 que atuava na educação pública e que sua trajetória como docente havia se desenvolvido
2424 majoritariamente no ensino fundamental e médio, tendo passado por escolas municipais de
2425 Salvador antes de ingressar no Instituto Federal. Afirmou que conhecera primeiro as pessoas
2426 com autismo antes de compreender o transtorno, ressaltando que sua experiência com uma
2427 criança com autismo pouco oralizada e inquieta em sala de aula despertara sua atenção para o
2428 tema. Destacou que sua prática docente, neste momento, era voltada à formação de
2429 estudantes com deficiência como sujeitos da classe trabalhadora, e não apenas como mão-de-
2430 obra. Sublinhou que a integralidade no atendimento às pessoas com autismo ia além de
2431 terapias, envolvendo acessibilidade e respeito à diversidade. Reivindicou a necessidade de
2432 reconhecimento da complexidade identitária de pessoas negras com autismo, defendendo que
2433 fossem vistas como sujeitos integrais e diversos, atravessados por múltiplas
2434 interseccionalidades, como gênero, raça e condição socioeconômica. Trouxe à reflexão dados
2435 do IBGE que apontavam que a maioria das pessoas com deficiência no Brasil era negra, e
2436 reforçou que o acesso ao diagnóstico de autismo ainda era profundamente desigual. Apontou
2437 que crianças negras, pessoas trans, ribeirinhas, camponesas ou moradoras de periferias
2438 estavam entre as que menos conseguiam acessar diagnóstico e atendimento especializado.
2439 Compartilhou que a maioria dos estudantes que acompanhava no AEE não tinha acesso a
2440 nenhuma forma de terapia, tampouco psicoterapia, o que tornava o debate sobre tipos de
2441 abordagem algo distante para grande parte da população. Relatou que, com frequência, o
2442 diagnóstico de deficiência intelectual era atribuído a pessoas negras antes de se considerar o
2443 autismo, e que essa distorção impactava o acesso aos direitos. Apresentou o exemplo de um
2444 aluno com habilidades avançadas de cálculo, matriculado no ensino superior, que havia sido
2445 classificado apenas como pessoa com déficit cognitivo, sem avaliação mais apurada sobre
2446 possível autismo. Denunciou que o racismo e o machismo atravessavam os processos de
2447 diagnóstico, dificultando o reconhecimento do autismo em meninas e mulheres negras.
2448 Narrando sua própria experiência, contou que seu diagnóstico de autismo fora negado por um
2449 psiquiatra que já a acompanhava por questões de ansiedade, sob o argumento de que, por ser
2450 mãe e se expressar bem, não poderia ser autista. Denunciou que mesmo profissionais
2451 especializados mantinham visões estereotipadas e capacitistas sobre o transtorno. Relatou
2452 também que, mesmo sendo autista adulta com prejuízos motores, não havia conseguido
2453 acesso a terapia ocupacional, pois os serviços ainda estavam centrados na infância. Criticou a
2454 ausência de dados precisos sobre a população autista no Brasil, relatando que o Censo de
2455 2022 não havia incluído perguntas sobre o tema em sua residência, onde vivem três pessoas
2456 autistas. Mencionou que o dado de dois milhões de autistas no país era uma estimativa da

2457 Organização Mundial da Saúde de 2010, e que havia um aumento expressivo de matrículas
2458 escolares de estudantes autistas, segundo dados do Censo Escolar de 2023 e 2024. Alertou
2459 para a alta vulnerabilidade das crianças com deficiência a situações de violência sexual,
2460 principalmente meninas negras com deficiência intelectual e autismo. Apontou que a maioria
2461 das pessoas autistas negras estava fora dos serviços terapêuticos e também fora do debate
2462 sobre políticas públicas. Criticou a mercantilização do autismo e afirmou que o mercado de
2463 terapias era inacessível à população negra, sendo muitas vezes perverso em seus custos e
2464 formatos. Finalizou destacando que sua luta não era apenas pessoal, mas coletiva, em nome
2465 dos estudantes que a formaram como educadora inclusiva e a ajudaram a se reconhecer como
2466 pessoa com autismo. Declarou que, se estava ali, era por eles e por todas as pessoas negras
2467 com autismo que permaneciam invisibilizadas e fora do alcance das políticas públicas.
2468 Fechando as exposições, o professor **Lucelmo Lacerda Brito**, ativista na temática do autismo,
2469 agradeceu à conselheira Maria do Carmo pelo convite e reverenciando a trajetória da
2470 Associação Brasileira de Autismo desde a década de 1980, período em que o autismo ainda
2471 era um tema ausente no debate público. Informou que sua apresentação abordaria o
2472 treinamento de pais como um caminho viável para a formulação de políticas públicas em saúde
2473 voltadas às pessoas autistas no SUS. Iniciou apresentando uma pesquisa realizada no estado
2474 de Wisconsin (EUA), na qual mães de crianças autistas com comportamentos desafiadores
2475 tiveram seus níveis de cortisol analisados por quatro anos e meio. Os resultados indicaram
2476 níveis de estresse equivalentes aos de soldados em guerra ou sobreviventes do Holocausto,
2477 sinalizando a gravidade da situação vivenciada pelas famílias. Ressaltou que, embora em
2478 espaços públicos houvesse maior visibilidade de autistas com alta funcionalidade, havia uma
2479 parcela significativa do espectro que enfrentava desafios intensos, muitas vezes ignorados.
2480 Citou outro estudo que estimava que até 53% das pessoas autistas apresentavam
2481 comportamentos desafiadores em algum momento, o que indicava que tais comportamentos
2482 não eram raros, mas, na verdade, predominantes. Destacou as 28 práticas baseadas em
2483 evidências reconhecidas pela Universidade da Carolina do Norte, atualizadas em 2020.
2484 Enfatizou a prática de número 15, a intervenção mediada por pais, como objeto central de sua
2485 fala. Explicou que essa prática havia fundamentado um programa da OMS intitulado *Caregiver*
2486 *Skills Training - CST*, voltado a cuidadores de crianças com transtornos do
2487 neurodesenvolvimento. Indicou que o programa priorizava países de baixa e média renda e
2488 fora implementado inicialmente na Etiópia. Apontou que o CST se centrava no ensino de
2489 habilidades básicas e no manejo de comportamentos desafiadores, com sessões semanais
2490 que podiam ser individuais, em grupo ou híbridas. Afirmou que, embora a intervenção
2491 considerada padrão-ouro para autismo envolvesse cerca de 20 horas semanais, o sistema
2492 público brasileiro geralmente oferecia, quando muito, uma hora por semana. Nesse cenário, o
2493 treinamento de pais se apresentava como uma solução viável, eficaz e de baixo custo para o
2494 SUS. Elencou as principais diretrizes do programa da OMS: somente servidores públicos
2495 efetivos poderiam atuar como treinadores; não poderia haver construção de estruturas físicas
2496 novas; e estava vedada a contratação de consultorias ou assessorias. Explicou que os
2497 treinadores deveriam ser trabalhadores da rede pública, mesmo sem especializações prévias,
2498 pois seriam capacitados diretamente pela OMS. Apresentou os resultados de uma revisão
2499 sistemática com meta-análise, publicada em 2024, que avaliara 17 ensaios clínicos
2500 randomizados do CST. A conclusão indicava benefícios consistentes tanto para os cuidadores
2501 quanto para as crianças: melhorias no desenvolvimento e comportamento da criança,
2502 fortalecimento das habilidades parentais, redução de sintomas de saúde mental nos cuidadores
2503 e melhora no funcionamento familiar. Informou que o CST já havia sido traduzido, validado e
2504 testado no Brasil, por meio de parceria entre a OMS e a Universidade Federal do Paraná -
2505 UFPR, envolvendo os departamentos de Educação e Psiquiatria. Relatou os principais
2506 resultados da pesquisa desenvolvida pelo doutorando André Schonsk, que identificou
2507 melhorias nas habilidades das crianças, maior empoderamento dos cuidadores, avanços no
2508 manejo de comportamentos desafiadores, organização das rotinas familiares, fortalecimento
2509 das redes de apoio e redução de indicadores de depressão e culpa. Relembrou que, em 2018,
2510 o Ministério da Saúde havia anunciado publicamente, com repercussão na imprensa, a
2511 intenção de implementar o CST em nível nacional. No entanto, apesar da divulgação, a medida
2512 não foi concretizada. Apontou que o programa foi aplicado em caráter piloto apenas em
2513 Curitiba e que havia movimentações recentes de implementação no estado do Pará. Defendeu
2514 que o programa era viável, ético e eficaz, e que já existia no Brasil uma rede de formadores
2515 capacitados pela OMS. Destacou que o treinamento era completo e acessível, e que, inclusive,
2516 fora adaptado para a modalidade *online* durante a pandemia, o que ampliava ainda mais seu

2517 alcance. Informou que a própria OMS havia lançado, recentemente, uma versão do CST em *e-*
2518 *learning* e que o curso estava sendo traduzido para diversos idiomas, incluindo o português,
2519 embora, segundo ele, possivelmente na variante europeia. Propôs que o Ministério da Saúde
2520 pudesse adaptar e publicar uma versão brasileira do curso, de forma gratuita e de fácil acesso,
2521 como medida emergencial diante da ausência de políticas públicas efetivas para pessoas com
2522 autismo no país. Finalizou apontando que milhões de brasileiros com autismo ainda estavam à
2523 margem de atendimentos baseados em evidências e reiterou que o programa da OMS, além
2524 de viável, era urgente. Reforçou seu desejo de que o debate no CNS contribuísse para que o
2525 Brasil finalmente implementasse uma política pública sólida de apoio às famílias de pessoas
2526 com autismo. Concluídas as falas, a mesa abriu para manifestações. Conselheira **Rosa Maria**
2527 **Anacleto** destacou a relevância da mesa e ressaltou as dificuldades de acesso ao diagnóstico
2528 precoce de crianças negras com sinais de autismo na rede pública do SUS. Afirmou que o
2529 atendimento especializado era, em geral, caro e inacessível para grande parte da população
2530 negra. Defendeu que a política pública para pessoas com autismo avançasse, especialmente
2531 no que se refere à identificação precoce do nível 1 do espectro autista. Reforçou que, quanto
2532 mais cedo o diagnóstico e o início do cuidado, maiores eram as chances de desenvolvimento
2533 da criança. Conselheiro **Derivan Brito da Silva** apresentou quatro pontos de preocupação. O
2534 primeiro referia-se ao que chamou de “complexo industrial do TEA”, envolvendo fluxos de
2535 prescrição, aplicação de terapias e seus efeitos sobre as pessoas com autismo, suas famílias e
2536 os profissionais da saúde. O segundo ponto era a autonomia profissional, que estaria
2537 ameaçada por protocolos rígidos, especialmente no setor privado. Como terceiro ponto, criticou
2538 a imposição de métodos únicos, como ABA e integração sensorial, e descreveu a estrutura
2539 hierarquizada de centros terapêuticos privados. Por fim, sugeriu que o debate fosse retomado
2540 futuramente com a apresentação de outras tecnologias de cuidado ao TEA, assegurando
2541 diversidade de abordagens e respeitando a autonomia dos profissionais na escolha do método
2542 mais adequado para cada pessoa. Conselheira **Heliana Hemetério dos Santos** expressou
2543 preocupação com a utilização de pesquisas sobre autismo realizadas no continente africano
2544 por pesquisadores ocidentais, apontando o caráter histórico de instrumentalização da África
2545 pela branquitude. Questionou a metodologia desses estudos, considerando incoerente a
2546 escolha de populações africanas quando havia grupos vulneráveis nos próprios países de
2547 origem dos pesquisadores. Demonstrou inquietação com o aumento de diagnósticos de
2548 autismo e com o uso generalizado da categoria para explicar comportamentos diversos,
2549 incluindo casos de autodiagnóstico sem acompanhamento técnico. Por fim, alertou para os
2550 altos custos dos diagnósticos e terapias, que excluía as famílias mais pobres do acesso aos
2551 cuidados necessários. Conselheira **Sibele de Lima Lemos**, educadora especial há 25 anos,
2552 expressou solidariedade à fala da expositora Sabrina Garcia e elogiou sua contribuição.
2553 Manifestou preocupação com o crescimento do “mercado do TEA” e com a interferência de
2554 prescrições médicas no trabalho pedagógico de educadoras especializadas. Relatou que
2555 muitas vezes recebia laudos com indicações sobre como proceder pedagogicamente com
2556 estudantes, o que invadia a competência da área educacional. Afirmou que era nas salas de
2557 recurso e no acompanhamento direto que as reais necessidades dos estudantes eram
2558 compreendidas. Reforçou a urgência de considerar o recorte racial e a dificuldade de acesso
2559 da população negra à saúde, como apontado em várias intervenções do Conselho, e
2560 questionou o que estava sendo feito, institucionalmente, para enfrentar o racismo estrutural na
2561 saúde. Conselheiro **Thiago Soares Leitão** declarou que a mesa era muito significativa para
2562 ele, por ser uma pessoa que só recebera o diagnóstico de autismo recentemente, embora já se
2563 identificasse como Asperger desde a adolescência. Disse que, por muito tempo, fora
2564 estigmatizado e rotulado, antes de compreender sua condição. Reforçou a carência de
2565 terapias e serviços estruturados no Nordeste e relatou que centros de atendimento estavam
2566 sendo abertos sem equipe qualificada. Criticou a invisibilidade dos adultos com autismo nos
2567 debates e reivindicou que se ampliasse a discussão sobre essa população. Reclamou de
2568 práticas profissionais irregulares no mercado de testes diagnósticos e lamentou a falta de
2569 atuação mais firme do Conselho Federal de Psicologia frente à mercantilização dos serviços.
2570 Solicitou que o CFP se posicionasse com mais rigor diante da banalização de práticas que
2571 afetavam diretamente a categoria e as pessoas com autismo. Conselheira **Pérola Nazaré de**
2572 **Souza** questionou como seria possível realizar atendimento individualizado em contextos de
2573 extrema precariedade como o da sua região (Norte). Informou que os poucos terapeutas
2574 disponíveis recebiam valores irrisórios para atender uma alta demanda, o que inviabilizava
2575 práticas interdisciplinares de qualidade. Reconheceu a importância da fala da professora
2576 Sabrina Garcia, relatando que também havia se identificado com seu testemunho.

2577 Compartilhou uma experiência pessoal de capacitismo vivida com um profissional de saúde
2578 que questionou sua gravidez em razão de sua deficiência visual. Encerrou citando o sociólogo
2579 Boaventura de Sousa Santos, afirmando que a busca por equidade deveria respeitar tanto as
2580 diferenças quanto os direitos à igualdade, evitando que as diferenças sejam usadas como
2581 justificativa para a exclusão. Finalizadas as falas, a mesa abriu às pessoas palestrantes para
2582 considerações finais. O professor **Lucelmo Lacerda Brito** agradeceu ao Conselho e a todas
2583 as pessoas que participaram, e reiterou que permanecia à disposição do Colegiado. Reforçou a
2584 provocação que havia apresentado anteriormente, defendendo que o debate em torno do
2585 autismo deveria articular ética, projeto político e o que se pretendia alcançar com base na
2586 ciência. Enfatizou a importância de considerar práticas baseadas em evidências como
2587 parâmetro para a construção de políticas públicas efetivas. Despediu-se da mesa justificando
2588 sua saída antecipada em razão de compromisso de voo. A expositora **Grace Cristina Ferreira**
2589 também agradeceu pela oportunidade e reconheceu a relevância das contribuições feitas por
2590 seus colegas de mesa e pelo Plenário. Fez um destaque à fala de alerta sobre o risco de
2591 reprodução de padrões do setor privado no SUS, especialmente no que se refere à aplicação
2592 do método ABA. Esclareceu que era necessário diferenciar técnica de abordagem
2593 comportamental e que não havia um modelo inflexível a ser replicado em todos os contextos.
2594 Defendeu a adaptação das práticas ao ambiente em que ocorrem, seja em clínica, parque ou
2595 praça pública, e afirmou que, no SUS, o cuidado deveria ser compatível com os princípios do
2596 sistema, respeitando sua diversidade e sua natureza pública. Criticou a adoção de estruturas
2597 hierárquicas rígidas nos serviços, semelhantes às da medicina tradicional, e defendeu um
2598 modelo integrado de cuidado, com participação de profissionais de diferentes formações.
2599 Enfatizou que o atendimento poderia ser coletivo, desde que o objetivo fosse individualizado,
2600 considerando as necessidades de cada pessoa. Reforçou a importância da orientação familiar
2601 como estratégia para ampliar o tempo de qualidade dedicado ao desenvolvimento das
2602 crianças. Defendeu o suporte em saúde às famílias atípicas como essencial para garantir o
2603 direito ao cuidado na infância e adolescência. A expositora **Izabel Razin** agradeceu o convite e
2604 a participação no debate. Retomou sua reflexão sobre o contexto atual, que considerou
2605 ambíguo: por um lado, apontou como positivo o fato de o autismo ter ganhado maior
2606 visibilidade na sociedade e estar presente nas discussões políticas; por outro, expressou
2607 preocupação com a crescente mercantilização do tema. Denunciou a existência de uma
2608 indústria do autismo que, segundo ela, distorcia práticas terapêuticas e submetia crianças a
2609 jornadas excessivas de atendimento, citando casos de até 40 horas semanais. Afirmou que,
2610 embora a técnica ABA não previsse esse tipo de imposição, o fator econômico estaria
2611 conduzindo tais práticas. Advertiu que a indústria do autismo já invadira os espaços do
2612 Legislativo, do Executivo e do mercado, e que isso provocava a invisibilização das
2613 singularidades das pessoas com autismo. Defendeu o uso dos espaços coletivos e
2614 democráticos de formulação de políticas públicas para assegurar o cuidado integral e o bem-
2615 viver das pessoas com espectro. A expositora **Sabrina Garcia** agradeceu pelo convite e
2616 retomou o caso de uma conselheira que havia sido questionada por um profissional de saúde
2617 por estar grávida, classificando o episódio como reflexo de machismo, sexismo e racismo
2618 estruturais. Afirmou que o modelo médico tradicional ainda tratava as mulheres com deficiência
2619 como tuteladas, sem direito à sexualidade ou à maternidade, o que implicava em diversas
2620 formas de violência. Trouxe à tona o caso de Caroline Nascimento, mulher autista com alta
2621 demanda de apoio, que tivera seu bebê retirado sem consentimento logo após o parto, por
2622 decisão médica. Denunciou que a criança fora entregue para adoção sem que a família tivesse
2623 sido consultada e comparou a situação à violência histórica do período escravagista, quando
2624 mães negras eram separadas de seus filhos. Lamentou o silêncio em torno do caso, mesmo
2625 entre ativistas da causa autista, e reiterou que o racismo capacitista continuava vitimando
2626 corpos negros com deficiência, especialmente mulheres. Conselheira **Maria do Carmo**
2627 **Tourinho**, da CIASPD/CNS, agradeceu as exposições e as manifestações do Plenário que
2628 contribuíram para a realização do debate. Destacou o empenho da presidenta do CNS,
2629 Fernanda Magano, por ter viabilizado a inclusão do tema na agenda, mesmo fora do mês de
2630 abril, tradicionalmente dedicado à conscientização sobre o autismo. Defendeu a continuidade
2631 das discussões sobre o tema e a realização de novos debates com diferentes enfoques. Leu
2632 um trecho sobre os desafios enfrentados por adultos com autismo, como instabilidade no
2633 emprego, baixa inserção no mercado de trabalho e dificuldades no cotidiano, reforçando que os
2634 desafios da vida adulta precisavam de maior atenção. Com emoção, relatou sua vivência como
2635 mãe de um homem com autismo de 41 anos, acamado e dependente, e expressou o temor de
2636 muitas mães quanto ao futuro de seus filhos após sua morte. Disse que desejava poder morrer

em paz, com a certeza de que o Estado estaria preparado para garantir cuidado e dignidade às pessoas com autismo órfãs de apoio familiar. Conselheira **Vânia Lúcia Leite**, encerrando, apresentou os encaminhamentos resultantes do debate: **1) que o CNS defenda a efetiva implementação da política pública voltada ao atendimento e cuidado integral das pessoas com Transtorno do Espectro Autista - TEA em todo o território nacional, com a devida garantia de recursos financeiros, estrutura adequada e formação continuada dos profissionais de saúde; 2) que o CNS retome o debate sobre “Políticas de atenção às pessoas com Transtorno do Espectro Autista - TEA”, especialmente no que se refere à adoção do modelo ABA e suas implicações, e outras tecnologias de cuidado clínicas éticas e sociais; e 3) que o CNS solicite ao Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde que retome o debate sobre a implementação de curso de formação, na modalidade a distância, voltado ao cuidado e à inclusão de pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA.** Com esses encaminhamentos, a mesa encerrou o debate com agradecimentos a todas as pessoas presentes. **ITEM 12 - ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Aprovação da Ata da 362ª Reunião Ordinária do CNS. Atos Normativos. Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas. Indicações. Informes da COFIN. Apresentação e aprovação dos requisitos da Recomposição das Comissões Intersetoriais – Triênio 2025-2028.** *Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. **APROVAÇÃO DA ATA DA 362ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – Deliberação:** a ata da 362ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada com uma abstenção. **COMISSÕES INTERSETORIAIS, GRUPOS DE TRABALHO E CÂMARAS TÉCNICAS.** **a)** Proposta de critérios para recomposição das Comissões Intersetoriais do CNS – gestão 2025-2029. A Presidenta do CNS apresentou a proposta de critérios para recomposição, a ser votada pelo Pleno do Conselho, conforme descrito a seguir: **1)** Serão garantidas, neste processo de recomposição das comissões intersetoriais do CNS, as vagas contidas no quadro sinóptico (foi disponibilizado) que representa o quantitativo de vagas de Titulares e Suplentes contidos nas resoluções das composições passada, garantindo a representatividade nas Comissões Intersetoriais. As sugestões quanto ao perfil orientador dos representantes são: a) motivação e interesse pessoal em participar e contribuir; b) compromisso total com a comissão pretendida; c) afinidade com a temática; d) disponibilidade de tempo e de agenda em contribuir com a comissão; e) disposição para propor, elaborar e redigir minutas de pareceres; f) disposição para propor, elaborar e redigir propostas de resoluções, recomendações e moções para a apreciação do pleno; g) equilíbrio e discernimento para mediar debates; h) serenidade e respeito com o(a) próximo(a) para uma boa convivência em grupo; i) proatividade e destreza na execução das tarefas; e j) objetividade e coerência com as atitudes de colaboração. Neste ponto, foi apresentado quadro sinóptico das Comissões Intersetoriais, detalhando síntese das vagas. **2)** Manutenção do número atual de Comissões Intersetoriais (19) e do quantitativo final e atual de componentes, com exceção da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS – CIEPCSS – que há proposta de aumentar o seu número de integrantes de 22 para 34 (Consequentemente aumentando um coordenador (a) adjunto(a)). **3)** Definição das coordenações e coord. Adjuntas (sendo que pelo menos um dos coordenadores seja conselheiro titular, e cada comissão deverá ter de 1 (um) coordenador, e até 2 coords. Adjs., quando a comissão tiver mais de trinta integrantes) Obs: com exceção da CISI, que tem vinte e cinco integrantes, com dois adjuntos, em razão de suas especificidades. **4)** Definição das coordenações deverá ocorrer em período prévio à definição das composições das Comissões (Reunião Ordinária do CNS de junho/2025). **5)** Estabelecer o limite máximo de 6 (seis), ou seja, aproximadamente 1/3 das Comissões Intersetoriais por cada entidade representada no CNS, já incluída a participação de seus conselheiros representantes. **6)** Manutenção do limite máximo de participação de 2 (duas) Comissões Intersetoriais por cada conselheiro representante no CNS. **7)** Estabelecer um percentual de no mínimo 20% das vagas de cada comissão para entidades não pertencentes ao CNS, desde que apresentem a documentação pertinente; (entidades, de cunho nacional, na perspectiva da ampliação do diálogo para fora do CNS). **8)** Após o período de inscrições e, não havendo número suficiente de entidades interessadas nas vagas citadas anteriormente, essas poderão ser preenchidas de imediato pelas entidades representadas no pleno do CNS e interessadas na referida comissão, resguardando a paridade de representação. **9)** Estabelecer o prazo de inscrição de entidades (integrantes e não integrantes do CNS) interessadas em compor até o limite 6 (seis) comissões de 15 de maio a 18 de junho de 2025, sendo que o CNS e seus(as) conselheiros(as) promoverão ampla divulgação visando agregar novos atores neste processo; limitar o número de inscrições em 09

2697 por entidade e a representação em 06 comissões. **10)** Observar a especificidade da área de
2698 atuação de cada entidade inscrita com a temática da Comissão Intersetorial pleiteada. **11)**
2699 Estabelecer o prazo de até 15 (quinze) dias para cada entidade (integrante e não integrante do
2700 CNS), a partir do momento em que o pleno do CNS homologa a composição final de cada
2701 comissão, para informar oficialmente a SE/CNS todos os dados pertinentes dos respectivos
2702 representantes. **12)** Após homologação pelo pleno do CNS, a entidade que não apresentar
2703 oficialmente o nome de seu representante dentro do prazo definido (quinze dias) terá uma
2704 tolerância única e de igual prazo (mais 15 dias) e se ainda não apresentar os dados
2705 oficialmente, perderá a sua vaga na comissão, sendo substituída imediatamente por outra
2706 entidade que esteja no cadastro sequencial e de reserva da referida comissão. **13)** Na
2707 impossibilidade de presença da entidade titular na reunião da comissão, dever-se-á manter um
2708 sistema de rodízio sequencial para cada segmento de representação dos suplentes. **14)**
2709 Estabelecer como critérios de priorização para a recomposição das Comissões Intersetoriais a
2710 condição de comissão permanente, pactuação pacífica, frequência e regularidade de reuniões,
2711 etc. **15)** Estabelecer de acordo com o art. 52 do Regimento Interno do CNS (Resolução nº 765,
2712 de dezembro do 2024) um acompanhamento sistemático dos produtos, com funcionamento e
2713 execução dos planos de trabalhos das Comissões Intersetoriais, sendo que os mesmos devem
2714 estar em consonância com o Planejamento do Conselho Nacional de Saúde – CNS, além de
2715 acompanharem a execução do orçamento e financiamento da respectiva política ou programa,
2716 desenvolverem ações transversais relacionadas à comunicação e informação em saúde e à
2717 educação permanente para o controle social e deverão ter a composição, frequência de seus
2718 componentes nas reuniões, funcionamento e as atribuições avaliadas e publicizadas
2719 anualmente pelo Pleno do CNS. **16)** Criar um GT para discutir e elaborar proposta de
2720 Resolução do CNS, após o término deste processo de recomposição, contemplando critérios
2721 de recomposição das Comissões Intersetoriais do CNS. O calendário é o seguinte: 366ª RO –
2722 dias 07 e 08/maio – apresentação aos segmentos e apreciação pelo Pleno da proposta dos
2723 critérios para recomposição das comissões intersetoriais; 15 de maio a 18 de junho de 2025 -
2724 período de inscrição das entidades integrantes e não integrantes do CNS pelo Processo de
2725 Recomposição das Comissões Intersetoriais; 367ª RO (11 e 12 de junho) - Informe do
2726 quantitativo parcial das inscrições e escolha das coordenações das Comissões Intersetoriais;
2727 368ª RO (9 e 10 de julho) – recomposição do corpo das Comissões Intersetoriais; de 11 a 25
2728 de julho (quinze dias) – apresentação formal por parte das entidades homologadas de seus
2729 respectivos representantes e dados pessoais; e de 1º a 15 de agosto – publicação das
2730 resoluções das referidas comissões, com mandato de 15/ago/2025 a 15/ago/2028. Para
2731 votação no Pleno: 1) Proposta DOS CRITÉRIOS para a recomposição das comissões
2732 intersetoriais - gestão 2025/2028 (apresentada pela Presidenta do CNS); 2) Comissão
2733 Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS – CIEPCSS: aumentar o
2734 número de integrantes de 22 para 34 (Consequentemente aumentando um coordenador
2735 adjunto); e 3) Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT
2736 – mudar o nome para Comissão Intersetorial de Relações de Trabalho e Educação na Saúde –
2737 CIRTES. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** alertou para a necessidade de atenção por
2738 parte das entidades cujos representantes pretendiam disputar a coordenação de comissões.
2739 Explicou que, para que uma pessoa pudesse assumir a coordenação, a entidade à qual
2740 estivesse vinculada deveria, obrigatoriamente, inscrever-se na respectiva comissão. Citou,
2741 como exemplo, que, se a CONAM desejasse concorrer à coordenação da COFIN, deveria
2742 incluí-la entre as nove opções disponíveis no momento da inscrição. Informou que já haviam
2743 ocorrido situações em que uma pessoa fora eleita para coordenar determinada comissão, mas
2744 não pôde assumir a função por sua entidade não ter formalizado a inscrição naquela instância.
2745 Ressaltou ainda que o processo de indicação para a coordenação seguia o mesmo rito de
2746 qualquer outra designação, incluindo a necessidade de emissão de documento oficial que
2747 reafirmasse a indicação da pessoa para o cargo de coordenação. A seguir, houve breves falas
2748 solicitando maiores informações sobre o processo, que foram respondidas pela mesa.
2749 **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a proposta de critérios para recomposição das**
2750 **Comissões Intersetoriais do CNS, a ampliação de número de integrantes da CIEPCSS e a**
2751 **mudança do nome da CIRHRT para Comissão Intersetorial de Relações de Trabalho e**
2752 **Educação na Saúde – CIRTES. ATOS NORMATIVOS - 1)** Minuta de recomendação.
2753 Recomenda o estabelecimento de amplas agendas para defesa da dignidade humana, da
2754 saúde e da ciência diante da política empresarial das Big Techs. *Apresentação:* conselheira
2755 **Débora Melecchi**. A proposta foi elaborada pela Câmara Técnica de Saúde Digital e
2756 Comunicação em Saúde e apreciada pelas Comissões de saúde Suplementar e de Ciência,

2757 Tecnologia e Assistência Farmacêutica. Após diálogo com a Secretaria de Informação e
2758 Saúde Digital – SEIDIGI, disse que foram feitas alterações pontuais no documento enviado
2759 anteriormente a todas as pessoas conselheiras. São elas: nas recomendações à
2760 SEIDIGI/Ministério da Saúde: supressão total: “Que estabeleça estratégia permanente voltada
2761 para a defesa da dignidade humana na sua dimensão de promoção, cuidado e proteção da
2762 saúde individual e coletiva, no que diz respeito a conteúdos postados em redes sociais e
2763 plataformas digitais, incluindo as plataformas como intermediárias de serviços públicos”;
2764 supressão total: “que estabeleça estratégia permanente voltada para a defesa da dignidade
2765 humana na sua dimensão de promoção, cuidado e proteção da saúde individual e coletiva, no
2766 que diz respeito a conteúdos postados em redes sociais e plataformas digitais”; onde está
2767 escrito: A SEIDIGI pode elaborar notas técnicas informativas, assim como as demais
2768 Secretarias do Ministério, para esclarecer sobre matérias que são de sua competência. As
2769 manifestações técnicas (...)”, passa a ler: “que elabore Nota Técnica Informativa para dirimir
2770 dúvidas em torno do tema, a serem amplamente divulgadas nas plataformas digitais do
2771 Ministério da Saúde, especialmente quando tiverem por objetivo disseminar informações
2772 baseadas em evidências e evitar desinformação, observando-se não ter competência
2773 normativa ou impor sanções ou fiscalizatória sobre as redes sociais e plataformas digitais, para
2774 proibir conteúdos postados”; onde está escrito: “Que monitore e adote medidas cabíveis, nos
2775 casos de conteúdos veiculados pelas redes sociais e plataformas digitais, atuantes no Brasil,
2776 relacionados à saúde individual e coletiva, que afrontem (...)”, passe a ler: “que colabore e
2777 apoie a formulação de estratégias interministeriais que estejam vinculadas às suas atribuições”;
2778 onde está escrito “que estabeleça Acordo de Cooperação entre MS, CNS e Ministério Público
2779 Federal, Ministério da Justiça (incluindo a Polícia Federal) e ANPD (...)”, passe a ler: “Que
2780 busque articular e estabelecer Acordo de Cooperação entre MS, CNS e Ministério Público
2781 Federal, Ministério da Justiça (incluindo a Polícia Federal) e ANPD, de interesses recíprocos e
2782 no escopo de atribuição de cada parte envolvida, dentro de suas competências institucionais”;
2783 onde está escrito “que analise, em conjunto com o CNS, potenciais metodologias bem como a
2784 oportunidade da constituição do Prêmio de Plataforma Digital promotora e defensora dos
2785 Direitos Humanos em sua dimensão da Saúde”, passe a ler: “que analise, considerando a
2786 conveniência e oportunidade da medida, em conjunto com o CNS, potenciais metodologias,
2787 bem como a oportunidade da constituição do Prêmio de Plataforma Digital promotora e
2788 defensora dos Direitos Humanos em sua dimensão da Saúde”; onde está escrito “que avalie
2789 criação de Programa de Cidadania Crítica de Processos de Transformação Digital de
2790 Conselheiros de Saúde (municipais e estaduais) acerca das implicações (...)”, passe ler: “que
2791 avalie, considerando a conveniência e oportunidade, a criação de Programa de Cidadania
2792 Crítica de Processos de Transformação Digital de Conselheiros de Saúde (municipais e
2793 estaduais) acerca das implicações para a Saúde e o SUS de processos da chamada
2794 transformação digital (modalidade à distância), contribuindo para a justiça cognitiva sociodigital
2795 e à cidadania crítica digital, com a participação do controle social do SUS”. Os demais itens
2796 permanecem sem mudanças, a saber: recomenda à OMS: que convide as redes sociais e
2797 plataformas digitais para o estabelecimento de um Acordo Técnico e Ético em Prol da Saúde
2798 acerca de moderação de conteúdos no sentido que estejam em consonância com os direitos
2799 humanos e a dignidade individual e coletiva, as evidências científicas consolidadas nacional e
2800 internacionalmente, diretrizes e princípios éticos que protegem as pessoas de sofrimentos,
2801 discriminação, preconceitos, ações violentas, risco de morte e recomendações da OMS, em
2802 parceria com o Conselho Nacional de Saúde. Recomenda aos conselhos de saúde: incentivem
2803 às Entidades da sociedade civil, Conselhos Profissionais de Saúde, Entidades Sindicais da
2804 Saúde, Associações e Comunidade Científica a colaborarem no compartilhamento das
2805 deliberações do CNS quanto ao tema. Ao Congresso Nacional: que estabeleça parceria com o
2806 Conselho Nacional de Saúde para fornecimento de informes sobre o andamento dos projetos
2807 de lei (PL) em andamento no Congresso Nacional que afetem a atuação deste conselho na
2808 dimensão da digitalização da prestação de serviços de saúde; que promova o chamamento do
2809 CNS e entidades que representam os movimentos sociais para audiências públicas, em torno
2810 de Projetos de Lei (PL) que envolvam o tema da Saúde Digital/ Transformação Digital
2811 /Telessaúde; que pautem a regulamentação dos serviços digitais com o objetivo de promover a
2812 transparência, a responsabilidade e os direitos fundamentais no ambiente digital, em atenção
2813 aos acúmulos de outros Projetos de Lei (em especial o Projeto de Lei nº 2.630/2020). Aos
2814 Movimentos Sociais e Sindicais: que promovam ciclos de debates relacionados à Saúde Digital
2815 e/ou uso de tecnologias digitais voltadas para a defesa da dignidade da vida, a partir dos
2816 acúmulos e das lutas encampadas pelo movimento sanitário. Conselheira **Ana Estela Haddad**

2817 agradeceu as retificações feitas no texto, conforme solicitado. **Deliberação: a recomendação**
2818 **foi aprovada por unanimidade. 2)** Minuta de Resolução. Aprova o Regulamento da 5ª
2819 Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – 5ª CNSTT. O documento
2820 foi submetido à consulta pública e recebeu algumas contribuições, prontamente incorporadas.
2821 A minuta foi enviada com antecedência, portanto, não houve leitura. **Deliberação: a**
2822 **Resolução foi aprovada por unanimidade. 3)** Minuta de recomendação. Recomenda a
2823 implementação de Políticas Públicas intersetoriais e suficientemente efetivas de memória,
2824 verdade, justiça, reparação e não repetição decorrentes da resposta estatal à Pandemia da
2825 COVID-19. O documento, enviado com antecedência, **recomenda: ao Governo Federal:** I – O
2826 reconhecimento da vitimização de crianças e adolescentes órfãos da pandemia e a definição
2827 de uma agenda de incidência que aborde: Suporte emocional e parentalidade ativa; Proteção
2828 contra abuso, negligência, exploração e discriminação; Suporte financeiro e jurídico;
2829 Fortalecimento e ampliação da rede de apoio às famílias; Apoio à educação e acesso a outros
2830 serviços; e Espaço de manifestações públicas e preservação da memória e escuta sensível; II -
2831 Realização de busca ativa de órfãos e viúvos da covid-19, especialmente em comunidades
2832 tradicionais indígenas e quilombolas, visando a promoção dos serviços de saúde mental, como
2833 também, para estabelecer oferta de benefício que amplie o Bolsa Família para crianças e
2834 adolescentes em situação de vulnerabilidade financeira que perderam um dos pais ou
2835 cuidadores, ou para aqueles que perderam cônjuge; III - Implementação de Políticas Públicas
2836 intersetoriais e suficientemente efetivas de memória, verdade, justiça, reparação e não
2837 repetição decorrentes da resposta estatal à Pandemia da Covid-19; IV - Instauração de uma
2838 Comissão Nacional da Verdade sobre a Pandemia da Covid-19; V - Ampliação da participação
2839 e controle social sobre as iniciativas governamentais à memória, verdade e justiça relacionada
2840 à resposta estatal à Pandemia da Covid-19; e VI – Fomento à pesquisa nacional para
2841 investigar os impactos da Covid-19 a partir de uma perspectiva interdisciplinar, com enfoque
2842 interseccional, com o objetivo de analisar as desigualdades no acesso à saúde, os efeitos
2843 psicossociais da pandemia e suas repercussões de longo prazo para diferentes grupos
2844 populacionais, incluindo dados desagregados por raça/cor, gênero, idade, localização
2845 geográfica e condições socioeconômicas, com atenção a populações vulnerabilizadas, como
2846 indígenas, quilombolas, pessoas com deficiência e pessoas em situação de rua. Ao Ministério
2847 da Saúde: I - Realização de análise dos desdobramentos das recomendações do CNS sobre a
2848 Pandemia de Covid-19; II - Produção de dados sobre adoecimento, internação e óbito
2849 decorrente da Covid-19 a partir de uma abordagem interseccional, ou seja, gênero, raça/cor,
2850 pessoas com patologias, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, e outras
2851 pessoas excluídas historicamente, para a definição de políticas que efetivamente enfrentem as
2852 iniquidades; II - Implementação do Guia de Manejo Clínico das condições pós-covid, do Grupo
2853 de Trabalho (GT) Rede de Cuidados às Vítimas da Covid-19 e seus familiares; III - Incentivo a
2854 pesquisas sobre Condições pós-covid (sequelas da covid-19 e Covid Longa), considerando
2855 sintomas, quantidade de pessoas acometidas e os tratamentos multiprofissionais indicados até
2856 o momento; IV - Sensibilização e capacitação sobre as condições pós-covid para os
2857 profissionais do Sistema Único de Saúde que atendem a população na Atenção primária,
2858 especializada e alta complexidade; V - Aumento da oferta de tratamento de reabilitação
2859 multiprofissional para pessoas com condições pós-covid na atenção primária, média e alta
2860 complexidade em saúde; e VI - Informação ao CNS sobre as ações realizadas para a apuração
2861 e responsabilização de agentes públicos a partir das conclusões da CPI da pandemia. Ao
2862 Poder Judiciário: I – Atendimento às várias petições para investigar, processar e punir crimes
2863 contra a saúde pública, entre eles a suposta disseminação intencional da doença por
2864 autoridades e às recomendações, da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado
2865 Federal sobre a covid-19, de indiciamento de mais de 60 pessoas físicas e jurídicas federais.
2866 Aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. I - Realização de debates semelhantes ao
2867 *Memória Viva: 5 Anos após a pandemia de Covid-19*, realizado pelo CNS, com a perspectiva
2868 de analisar a situação nos territórios. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por**
2869 **unanimidade. 4)** Minuta de recomendação. Recomenda que as alíquotas do imposto seletivo
2870 sobre o tabaco, bebidas alcoólicas e bebidas açucaradas sejam suficientemente altas para
2871 efetivar seu propósito de desincentivo ao consumo. No documento, o CNS recomenda ao
2872 Ministério da Saúde, ao Ministério da Fazenda, ao Ministério do Desenvolvimento Social e do
2873 Combate à Fome, ao Ministério do Desenvolvimento Agrário e da Agricultura Familiar, à
2874 Secretaria Extraordinária da Reforma Tributária, às Presidências do Senado Federal, da
2875 Câmara dos Deputados e do Congresso Nacional: I. garantir que as alíquotas estabelecidas
2876 em lei ordinária para o imposto seletivo de bens e serviços prejudiciais à saúde, especialmente

2877 tabaco, bebidas alcoólicas e bebidas açucaradas sejam suficientemente altas com vistas a
2878 garantir aumento de preços desses produtos prejudiciais à saúde e a consequente redução em
2879 seu consumo, contribuindo para um desfecho positivo em saúde, conforme mandamento
2880 constitucional; II. garantir que as alíquotas para tabaco, bebidas alcoólicas e bebidas
2881 açucaradas sejam estabelecidas de acordo com metas sanitárias ancoradas em compromissos
2882 nacionais e internacionais firmados pelo Estado brasileiro; III. prever, na lei ordinária, que o
2883 componente específico, isto é, ad rem, do modelo híbrido do imposto seletivo aplicado ao
2884 tabaco e às bebidas alcoólicas seja estendido também às bebidas açucaradas, seguindo as
2885 melhores práticas internacionais. A tributação ad rem deve ser por volume de bebida,
2886 independentemente do teor de açúcar, pois todas são bebidas ultraprocessadas e, portanto,
2887 prejudiciais à saúde; IV. estabelecer, na lei ordinária, que o componente específico seja
2888 atribuído a todos os produtos fumígenos constantes do imposto seletivo (24.01, 24.02, 24.03 e
2889 24.04), garantindo isonomia no modelo tributário e que nenhuma categoria de produto seja
2890 favorecida, sob pena de estimular o consumo de certos produtos prejudiciais à saúde; V.
2891 garantir o não estabelecimento de alíquotas diferenciadas de imposto seletivo para pequenos
2892 produtores de bebidas alcoólicas, uma vez que, do ponto de vista da saúde pública, toda
2893 bebida alcoólica é nociva e deve ser desestimulada; e VI. garantir que, ao longo do processo
2894 de implementação do imposto seletivo, não possa haver redução da carga tributária em
2895 nenhuma unidade da federação, sob pena de incentivar o consumo de produto nocivo,
2896 contrariando a lógica e o mandamento constitucional relativo a este imposto. Sugestão ao
2897 texto: excluir “Câmara dos Deputados e Senado Federal”, mantendo “Congresso Nacional”
2898 **Deliberação: a recomendação foi aprovada, por unanimidade, com uma retificação.** Foi
2899 sugerido adendo à minuta de modo a contemplar a relação entre álcool e outras drogas e
2900 violência, inclusive contra mulheres. A esse respeito, foi sugerida a elaboração de outra minuta,
2901 em articulação CISM/CNS e CISMU/CNS. 5) Minuta de recomendação. Dispõe sobre a
2902 recomendação para a imediata retomada das atividades do Núcleo de Práticas Integrativas e
2903 Complementares em Saúde (PICS) do município de Cabo Frio/RJ. Documento elaborado a
2904 partir do debate do item 4 da pauta. Recomenda à Prefeitura municipal de Cabo Frio, à
2905 Secretaria Municipal de Saúde de Cabo Frio e aos demais entes responsáveis: que reavaliem e
2906 revertam a decisão de encerramento do Núcleo PICS, garantindo a continuidade de suas
2907 atividades, a estrutura adequada e a valorização de sua equipe multiprofissional; que seja
2908 assegurada a manutenção e o fortalecimento das Práticas Integrativas e Complementares em
2909 Saúde - PICS no município, em conformidade com a Política Nacional vigente, com
2910 financiamento público e participação social; Aos Conselhos Municipais de Saúde e demais
2911 espaços de controle social: que se mobilizem para acompanhar, fiscalizar e defender a
2912 continuidade do Núcleo PICS, assegurando o direito à saúde da população local. **Deliberação:**
2913 **a recomendação foi aprovada por unanimidade. Informes da COFIN –** No dia seguinte, 10
2914 de maio, seria realizada oficina da COFIN com as coordenações das comissões e Mesa
2915 Diretora do CNS. **ENCERRAMENTO –** Nada mais havendo a tratar, a Presidenta do CNS
2916 agradeceu a participação de todas as pessoas conselheiras na reunião e encerrou os trabalhos
2917 da 366ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras na
2918 tarde do segundo dia de reunião: nomes serão incluídos.