



Conselho de Saúde do Distrito Federal

ATA DA QUADRINGÉSIMA DÉCIMA TERCEIRA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

1 Aos vinte e sete dias do mês de março do ano de dois mil e dezoito, no Plenário do Conselho de Saúde
2 do Distrito Federal – CSDF, SIG, Quadra 01 – Centro Empresarial Brasília, salas 316 a 322, realizou-se
3 a Quadringéssima Décima Terceira Reunião Extraordinária do Conselho de Saúde do Distrito
4 Federal – CSDF. A Reunião contou com a presença da *Presidente do CSDF, Lourdes Cabral*
5 *Piantino, da Secretária Executiva do CSDF - respondendo, Andressa Cristina de Oliveira Silva*
6 *Cavalcante, dos conselheiros segmento gestor: Daniel Seabra Resende Castro Correa, Marcus*
7 *Vinícius Quito, Danielle Soares Cavalcante, Bárbara de Albuquerque Berçot, Wânia Maria do Espírito*
8 *Santo Carvalho; dos conselheiros segmento trabalhador: Bruno Metre Fernandes, Jeovânia*
9 *Rodrigues Silva, Jefferson de Sousa Bulhosa Júnior, Marina Saraiva Garcia, Tiago Sousa Neiva,*
10 *Rosalina Aratani Sudo; dos conselheiros segmento usuário: Darly Dalva Silva Máximo, Danylo*
11 *Santos Silva Vilaça, Silvestre Araújo, Raimundo Nonato de Lima, Luiz Carlos Macedo Fonseca, Vera*
12 *Lúcia Bezerra da Silva, Domingos de Brito Filho, Luís Maurício Alves dos Santos, Marly de Fátima*
13 *Barbosa de Araújo. Conselheira Lourdes Cabral Piantino, Presidente do CSDF, iniciou a reunião às*
14 09h21 com a exposição dos Informes conforme acordado na última reunião do CSDF, até o
15 estabelecimento do quórum qualificado. Anunciou a presença do Coordenador de Saúde Mental do
16 Ministério da Saúde, Dr. Quirino, Movimento Pró-Saúde Mental e o Conselho dos Direitos Humanos
17 entre outras pessoas que farão parte da reunião. **Informes** – Conselheiros, convidados e Secretária
18 Executiva. Coordenação: Mesa Diretora do CSDF. Secretária Executiva do CSDF, **Andressa Cristina**,
19 informou: 1) Paulo Etieno, Coordenador da Plenária Nacional, encaminhou *e-mail* ao CSDF solicitando
20 a sua saída a partir de 22 de março e a 3ª suplência é do Conselheiro Luiz Carlos Macedo, que
21 assumirá a vaga; 2) o TCDF solicitou o preenchimento e devolução até o final da reunião de um
22 questionário previamente encaminhado ao CSDF, que trata de uma pesquisa acerca do funcionamento
23 do colegiado. Conselheiro **Jefferson** chamou a atenção para o problema das emergências, UPAS,
24 que só atendem, e mal, os vermelhos e laranjas, em virtude da mudança na forma de atendimento, e
25 resulta na superlotação das mesmas. Disse que o CSDF deve fazer algo a respeito. **Paulo Cabral**,
26 Presidente do CRS Planaltina, informou, em referência aos pacientes de hanseníase da região de
27 Planaltina, que o paciente está realmente precisando de apoio. Disse que constatou que as UBS têm
28 dificuldade em tratar os pacientes de hanseníase. Contatou o Dr. Ricardo na busca de soluções, entre
29 elas a profissionalização dos envolvidos no atendimento. Ressaltou a necessidade da gestão de se
30 envolver na construção da solução para o problema. Disse que o que se tem hoje já é o suficiente,
31 necessitando apenas de ajustes e redirecionamento da gestão. Conselheira **Marly** citou a falta de
32 pessoas treinadas para tratar hanseníase e com isso a falta de referência na saúde, em cada cidade,
33 cada bairro, ressaltando que é muito importante essa referência. Sublinhou que os pacientes devem
34 ter o direito de se tratar aonde se sintam bem. **Paulo Cabral**, Presidente do CRS Planaltina,
35 complementou as informações da conselheira e solicitou ajuda da gestão na catalogação dos
36 pacientes de hanseníase para construção de soluções. Conselheiro **Daniel Seabra** respondeu à
37 Conselheira Marly, concordando que todo médico deve reconhecer hanseníase, assim como os
38 odontólogos, e o fluxo de atendimento será estruturado para melhorar o atendimento. Disse que o
39 comportamento do servidor deve ser registrado para que se possibilite a tomada de qualquer tipo de
40 providência. Conselheiro **Tiago Neiva** destacou que toda faculdade tem ênfase no estudo da
41 hanseníase, porém é uma doença negligenciada, de menor incidência, e portanto o conhecimento
42 naturalmente se esvai. Opinou que deve haver constante capacitação em referência à hanseníase e
43 tuberculose. Conselheiro **Danylo Vilaça** informou que: 1) protocolará pedido de substituição de
44 representante suplente, que sucederá o conselheiro Weverton, registrando seus valiosos serviços
45 prestados, por Yunara, indicada pela sua pro atividade em conferências de saúde; 2) que foi convidado
46 para capacitar o Conselho Gestor do Hospital de Base, convite feito pela Presidente desse conselho
47 gestor, Conselheira Verinha, e na oportunidade foi proposto que se abordasse o tema acerca do papel
48 dos conselheiros de saúde, cujo preceito é trazer bons conselhos; 3) propôs pauta para discussão da

49 regulação do SUS no DF, pois é sabido que esse sistema não tem transparência, os usuários não
50 sabem a situação de seus encaminhamentos. Conselheiro **Raimundo Nonato** informou que: 1) a
51 Conselheira Regina Cohen está na UTI do hospital Santa Luzia e está realizando exames para
52 diagnóstico; 2) disse que é necessário estabelecer qual o papel do controle social. **Item 01 –**
53 **Apresentação e aprovação da Pauta 413ª Reunião Extraordinária do CSDF –** Coordenação: Mesa
54 Diretora CSDF. Conselheira **Lourdes Cabral Piantino**, Presidente do CSDF, efetuou a leitura da
55 Pauta da 413ª RE do CSDF ao pleno. Aprovada a pauta por unanimidade. **Item 02 – Aprovação da**
56 **Resolução CSDF nº 498 de 27 de março de 2018 – Aprovação da PAS-2018 e 499 –** Coordenação:
57 Mesa Diretora e Secretária Executiva. **Item 03 – Aprovação da Resolução CSDF nº 499 de 27 de**
58 **março de 2018 – Aprovação da contratação de serviços complementares de exames de**
59 **tomografia computadorizada -** Coordenação: Mesa Diretora CSDF e Secretária Executiva do CSDF.
60 Conselheira **Lourdes Cabral Piantino**, Presidente do CSDF, esclareceu que consta da pauta o termo
61 aprovação das resoluções, porém estas resoluções já foram aprovadas, o que será apresentada será
62 a sua estrutura. Secretária Executiva do CSDF, **Andressa Cristina**, apresentou a redação das
63 resoluções já aprovadas ao pleno. **Item 04 – Apresentação, discussão e deliberação do Plano**
64 **Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2017-2019 –** Expositora: Giselle de Fátima Silva –
65 Diretoria de Saúde Mental – DISAM. Coordenação: Mesa Diretora do CSDF. **Dra. Giselle**, Diretora de
66 Saúde Mental – DISAM, expôs o Plano de Saúde Mental ao pleno do CSDF, sua criação,
67 características principais e pontos importantes a serem observados. Detalhou a forma de atuação e o
68 diagnóstico situacional da RAPS no DF. Sublinhou a necessidade de análise e readequação do fluxo
69 de atendimento aos pacientes. Apresentou o Planejamento Estratégico da DISAM – 2017/2019.
70 Conselheira **Lourdes Cabral Piantino**, Presidente do CSDF, deu início à apresentação dos destaques
71 pelos conselheiros e convidados. Conselheiro **Domingos de Brito** solicitou esclarecimento acerca da
72 razão da apresentação feita. Conselheira **Lourdes Cabral Piantino**, Presidente do CSDF, respondeu
73 ao conselheiro, informando que várias pessoas do movimento de saúde mental procuraram o CSDF
74 para discussão desse plano e gostariam imensamente de participar diretamente da construção dele e
75 dar sugestões, então, a pedido desses segmentos envolvidos com a saúde mental achou-se por bem
76 realizar essa discussão no CSDF. Conselheiro **Danylo Vilaça** coordenou os destaques, informando
77 que é uma apresentação, discussão e deliberação, que a apresentação já ocorreu, a discussão vai
78 ocorrer agora e a deliberação não significa referendar o que já foi feito, a ideia é ampliar o debate.
79 Disse que a deliberação inclui a possibilidade da criação de grupo de trabalho ou comissão
80 permanente. Conselheiro **Tiago Neiva** destacou: 1) devem existir unidades de saúde mental em todos
81 os hospitais gerais do DF; 2) a SES tem serviços de alta qualidade, de grande competência, como o
82 Adolecento e o COMPP, e eles devem ser ampliados e melhorados; 3) investir no sistema de
83 assistência à saúde mental; 4) os ambulatórios do Hospital São Vicente de Paula devem modificados,
84 porém não encerrar o que já fazem, devem ser ampliados e melhorados; 5) dependente químico deve
85 ser priorizado aonde existir retaguarda clínica, que logo após atendimento se tenha o fluxo assistencial
86 definido; 6) renovação do programa Cuidando do Cuidador, que dá acesso ao servidor do GDF ao
87 tratamento psiquiátrico; 7) Ressaltou que o SAMU tem uma incidência de transtorno mental grave,
88 muito alta, e deve-se ter parte da carga horária para assistência aos seus servidores. Conselheiro
89 **Bruno Metre** reforçou a necessidade do CAPS ser o ordenador da saúde mental e é necessário que
90 se faça um diagnóstico e classificação e somente após isso se realizar o direcionamento das ações.
91 Disse, com relação às emergências, é importantíssimo que se tenha uma equipe especializada. Disse
92 que para que se tenha uma ordenação adequada da dispensação de medicamentos e estabelecimento
93 de fluxos e de protocolos. Lembrou que é atividade privativa a execução pelo terapeuta ocupacional
94 de métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais com a finalidade de restaurar, devolver e conservar
95 a capacidade mental dos pacientes. Frisou a importância de mais terapeutas ocupacionais inclusive
96 para ajudar no apoio à atenção primária e etc. Ressaltou que o sistema de informação dos pacientes
97 seja integrado, considerando que é um problema gravíssimo de informação. Conselheiro **Jefferson**
98 criticou a prática desse governo, que sempre implanta algo e depois discute. Criticou a colocação da
99 culpa, pela gestão, no servidor da saúde. Questionou se haverá RH suficiente e citou a questão do
100 transtorno mental do servidor como questão urgente. **Dra. Giselle** respondeu aos questionamentos
101 feitos, que o que se tem são 18 CAPS, o Hospital São Vicente de Paula, citando a presença de seu
102 Diretor. Disse que de nenhuma forma o HSVP será transformado em um lugar exclusivo para
103 dependência química, que se está em um processo de planejamento para se ter também um centro
104 especializado para dependência química. Disse que o Núcleo de Saúde Mental do SAMU, mencionado
105 pelo Conselheiro Tiago, é um motivo de orgulho para o DF e concorda que se tem muitos vazios
106 assistenciais, falta de protocolo, falta de transparência, paciente em sofrimento sem saber para onde
107 recorrer. Disse que é necessária a capacitação do servidor para atendimento à demanda de saúde

108 mental além do monitoramento dos leitos, se estão de fato atendendo a esses pacientes. Considerou
109 o tema Cuidando do Cuidador como uma pauta de fato interessante mas no regimento interno a
110 diretoria de saúde mental se atém aos usuários do sistema, e essa demanda é o Subsaúde e a SUGEP.
111 Disse que de fato o CAPS é o ordenador de saúde mental conforme prevê a política vigente e a
112 classificação de risco é importante até mesmo para o encaminhamento dos pacientes. Disse que a
113 informatização é um problema antigo dos CAPS mas considerando o movimento da atenção primária
114 de informatização das UBS o Secretário se prontificou a incluir os CAPS, restando definir se
115 *TRAKCARE* ou *e-SUS*. Citou a questão da regulação nos ambulatorios, que de forma alguma está
116 culpabilizando os profissionais, porém infelizmente existem aqueles que não atendem de forma
117 satisfatória os usuários. **Dr. Leonardo**, Diretor do HSVP, teceu considerações acerca do HSVP,
118 considerando um local essencial para a rede do DF. Opinou que necessita ser revitalizado para que
119 ele se transforme em um hospital de especialidade de referência para todo o DF e entorno e se acabe
120 com décadas de redução de recursos e repasses tanto de força de trabalho quanto de recurso físico
121 que transformaram ele em um manicômio. Disse que hoje se tem uma estrutura física manicomial e
122 não se tem a audácia hoje de levantar a mesma bandeira que foi combatida. Frisou que o HSVP será
123 fortalecido e melhorado, transformado em um hospital de referência, que não é e não será um local
124 somente para atendimento aos pacientes de transtorno por uso de substâncias, continuará com seus
125 ambulatorios especializados, atendendo de forma regular. Disse que se deve seguir as prerrogativas
126 ministeriais de se colocar o HSVP dentro da RAPS, de uma forma humanizada. Conselheiro
127 **Domingos de Brito** questionou se as bases, a sociedade, ou seja, a parte envolvida está envolvida
128 neste plano a contento, considerando que mais uma vez se traz para a mesa desse pleno um plano
129 para a sociedade, para os usuários, basicamente não atende, que não foi trazido um usuário para a
130 discussão. Questionou a forma da gestão conseguir vaga no Hospital da Criança, como descrito no
131 plano, se a gestão é privada e atende a porta fechada e há uma regulação da SES como um todo.
132 Propôs que o plano volte ao seu local de discussão e se envolva o usuário na discussão. Conselheiro
133 **Luiz Carlos** disse que é necessário planejamento em relação às metas de RH para realização dos
134 projetos. Disse que a gestão deve encaminhar os servidores aos locais de trabalho necessários. Frisou
135 a necessidade de RH na SES. Opinou que o HSVP deve abrir as portas para atendimento e não fechá-
136 las. Conselheiro **Raimundo Nonato** lembrou que a lei garante o Controle Social na formulação da
137 política de saúde e questionou se no presente caso isso foi observado. Questionou o caso das
138 residências terapêuticas, opinando que estas devem ser reformuladas. Propôs a criação de uma
139 comissão com a participação de todos os envolvidos para confecção do plano. **Dra. Giselle** respondeu
140 aos questionamentos. Disse que, em referência ao Controle Social, foi feito um histórico que, antes
141 dessa gestão, ainda em 2015, foram realizadas oficinas com o coletivo, com usuários, gestores.
142 Continuou explicando que se houveram as oficinas com a participação do coletivo registrados pela
143 Diretoria de Saúde Mental à época, considerando que o movimento que foi finalizado e adequado pela
144 Diretoria de Saúde Mental, usando como base esse documento, subentende-se que já fazia parte do
145 bojo desse material essa participação social e também a questão temporal. Lembrou que se está nesse
146 momento com o funcionamento do grupo condutor da Rede de Atenção Psicossocial e nesse
147 movimento de reprogramação do COMPP, do ISM e do São Vicente há a participação total de
148 servidores, familiares, usuários e gestores. Frisou que acredita na pertinência do Controle Social.
149 Disse, com relação à residência terapêutica, a portaria 748 do MS coloca que seja preferencialmente
150 na comunidade, e como disse anteriormente hoje não tem imóveis, repetindo que se alguém tiver
151 imóveis disponíveis para implantação de residência terapêutica acione a SES, a Diretoria de Saúde.
152 Disse que a carreira de cuidador social não é uma carreira prevista na SES e está em contato com a
153 SEDEST para cessão desse servidor para de fato incluir a residência terapêutica no ISM, então a
154 inclusão de residência terapêutica no ISM não exclui a possibilidade de implantar nas unidades mas é
155 o primeiro passo. Respondeu, com relação aos recursos destinados, se tem hoje em andamento a
156 finalização de um manual de recursos humanos para toda a SES, então no que concerne à Saúde
157 Mental ela participou ativamente, as portarias ministeriais não quantificam todas as especialidades,
158 colocam de uma forma genérica, justamente por causa das diferenças estaduais e municipais, então
159 se está atento a essa parametrização. Disse que verbas tem, as emendas parlamentares, terrenos e
160 conseguiu-se com muito custo os projetos para criação desses CAPS e os recursos humanos já foram
161 enviados para a SUGEP realizar a revisão, lembrando que saúde mental não se restringe à psiquiatria,
162 ela é promovida de forma multidisciplinar. Ressaltou que é uma estratégia a capacitação dos recursos
163 humanos existentes para o atendimento desses pacientes. Conselheira **Darly** abordou pontos
164 referentes à melhoria do atendimento. Disse que é importante o cumprimento do que está na Lei
165 10.216, que também prevê a questão do atendimento nos hospitais gerais. Afirmou que hoje tem uma
166 dificuldade enorme com um paciente que surta e não pode ir para uma clínica particular. Opinou que

167 os serviços devem ser otimizados. Questionou a razão do ISM não estar no Grupo Técnico desde o
168 início. Questionou também a ampliação da residência terapêutica no ISM, discordando dessa
169 ampliação. Conselheira **Rosalina** disse que esse é um assunto extremamente complexo, mesmo
170 porque é uma luta que vem de muitos anos e se tem muita dificuldade. Questionou quais os principais
171 pontos da reforma da assistência. Sublinhou que é necessária que seja condizente com a realidade
172 do DF, justificando a necessidade da participação do Controle Social. Frisou a importância da
173 integração dos serviços e da capacitação dos servidores. Conselheira **Jeovânia** disse que é inevitável
174 falar da importância do tema e criticou a demora do Plano, que engloba o período de 2016 a 2019,
175 somente chegar ao ambiente do Controle Social há cerca de um ano e oito meses e o fluxo que se
176 seguiu. Disse que a demanda veio do Controle Social e chegou até a gestão que concretizou uma
177 política distrital. Disse, mais uma vez remontando a questão da atenção primária, que sempre é
178 enaltecida, que hoje o que se faz é basicamente trocar receita pois não se consegue estabelecer um
179 fluxo de referências e contra referências para os níveis de atenção secundária e terciária. Frisou que
180 o sistema de saúde tem que ser feito com os papéis plurais de todos os seus integrantes e isso tem
181 que nascer ou no mínimo perpassar antes por esse Conselho. Conselheiro **Luís Maurício** disse que a
182 gestão deve abordar os problemas e colocações existentes de forma racional e eficaz. Conselheira
183 **Marina Saraiva** questionou: 1) a questão da devolução da carga horária dos profissionais que estão
184 na ESCS para assistência; 2) quanto à aplicação dos recursos existentes e se existem verbas previstas;
185 3) capacitação de RH. Conselheiro **Daniel Seabra** disse que as ações foram aprovadas no CSDF e
186 no Plano Distrital de Saúde e essas ações se refletem no Plano de Saúde Mental da SES como uma
187 forma de colocar em ação o que foi aprovado no pleno do CSDF. Disse que o que se faz hoje é ampliar
188 esse diálogo com a busca do aprimoramento, o que está sendo feito. Disse que é necessário se olhar
189 para a SES e entender por que se tem tantos problemas e o que está sendo feito para a resolução
190 destes. Arguiu como organizar uma rede de atendimento de saúde mental sem uma atenção primária
191 organizada e sem um nível de atenção secundária. Disse que os CAPSs, ISM e COMPP estavam
192 soltos dentro da estrutura da SES, essas unidades não existiam no organograma das
193 superintendências com uma diretoria específica olhando para elas, e o que se está estruturando no
194 momento é uma diretoria nas superintendências que vai olhar para essas estruturas de atenção
195 especializadas e ajudar a harmonizar. Disse que o DF tem hoje 18 CAPS, 4 pendentes ainda de
196 habilitação, que chegam em um patamar de proporção para a população que o MS considera como
197 adequado. Disse que isso não é visto pela população por: 1) nível de atenção até então inexistente,
198 sem o cuidado adequado; 2) ausência de regulação dentro da SES. Opinou que é de extrema
199 importância o fortalecimento do Controle Social até mesmo pela manutenção das políticas de saúde.
200 Disse que se organizando a rede e se colocando um plano adequado para que haja um fluxo nesse
201 processo é o primeiro passo para que se consiga estruturar isso. Citou o Complexo Regulador que
202 regula os serviços de saúde como importante ferramenta para organização do fluxo e melhoria dos
203 serviços. Disse que acabar com estruturas que hoje funcionam mal mas que funcionam de alguma
204 forma sem que a rede esteja reestruturada para poder atender o usuário é irresponsabilidade, é preciso
205 se tomar muito cuidado com isso. Disse, com relação ao prontuário eletrônico, que é uma preocupação
206 principalmente com relação à repasses do MS para o DF e já se está com planejamento inclusive para
207 usar os recursos existentes no investimento dessas unidades. **Lúcio**, Direitos Humanos, agradeceu
208 ao CSDF pela oportunidade e reconheceu que é o espaço legítimo das deliberações de toda política
209 pública de saúde e afirmou que é uma satisfação muito grande poder estar aqui nesse diálogo. Disse
210 que poderia fazer uma observação que o pleno é soberano para algumas decisões, a exemplo de
211 talvez quando alguém é convidado se dar um espaço para fala, considerando importante que esse
212 espaço contemple em outras oportunidades da melhor forma o diálogo. Observou que tem duas
213 dimensões que esse plano incorpora enquanto problema, uma dimensão de ordem política e outra
214 dimensão de ordem técnica, opinando que um pouco do exercício é falar sobre essas duas dimensões
215 de maneira muito objetiva. Destacou que Marx dizia que se preocupa com processo então é importante
216 se falar sobre processo. Disse que o DF não está desconectado de uma agenda nacional, e esse é o
217 primeiro ponto, o DF está inserido dentro de um momento no País onde a política de saúde mental
218 passa por um desmonte, que nos últimos vinte anos não se teve uma coordenação de saúde mental
219 equivocada, que voltasse atrás nas suas ações e nas suas práticas. Explicou que existem duas bases
220 que sustentam a lógica manicomial do País, uma base é o poder do psiquiatra dentro desses
221 equipamentos manicomial, que dentro desses equipamentos quem tem o controle e o poder de
222 estabelecer os processos de cuidado é o psiquiatra, outra base é o interesse financeiro. Disse que se
223 tem aproximadamente 155 hospitais psiquiátricos no Brasil e arrisca a dizer que aproximadamente
224 90% dos hospitais psiquiátricos no Brasil são privados, e a loucura sempre deu muito dinheiro nesse
225 País. Disse que vem de uma região que é Sorocaba, interior de São Paulo, que até 2013 era o maior

226 polo manicomial do País e as pessoas ganham com a loucura, com a exclusão, e a lógica manicomial
227 não se resume a paredes, mas ela é uma lógica de opressão, é uma lógica que submete o outro a uma
228 concepção. Disse que a diretora de saúde mental participou de um grupo de trabalho que fundamentou
229 as bases dessa política que traz retrocesso para o País. Disse que não é à toa que a coordenação de
230 saúde mental do MS está na reunião, legitimando essa proposta. Disse que estamos em um momento
231 delicado onde a construção política está sendo desconstruída, está sendo retrocedida no País com a
232 volta dos manicômios para o centro do financiamento. Disse que não existe diferença entre hospital
233 psiquiátrico e manicômio, que apenas a mudança do nome é um jogo retórico. Disse que esse plano
234 foi construído absolutamente sem diálogo, quando a diretoria apresenta as oficinas realizadas, estas
235 foram construídas entre 2011 e 2015, e essa gestão atual não construiu sequer um diálogo para
236 legitimar esse plano. Disse que o diálogo estabelecido por essa diretoria foi a escolha de pessoas que
237 pensam iguais, que escolheram pessoas, trabalhadores, psiquiatras que inclusive sustentam esse
238 modelo manicomial, para legitimar esse plano diretor. Disse que esse Conselho foi colocado à revelia
239 na discussão e não se pode aceitar isso pois aqui é um espaço de controle social. Disse que o plano
240 é muito interessante pois hoje a sociedade não aceitaria mais um plano diretor que tivesse
241 escancarada uma perspectiva manicomial, e ele sempre vem acompanhado de recheios como que se
242 vai ampliar a rede, ampliar a lógica da saúde mental, e isso é mentira. Disse que quando terminou de
243 ler o plano veio à cabeça imediatamente uma situação que viu em um hospital psiquiátrico público em
244 Mato Grosso, dentro do hospital psiquiátrico as pessoas trancadas e um muro escrito “por uma
245 sociedade sem manicômios”. Opinou que é importante a reflexão sobre esses processos. Disse que
246 esse plano além de ser mal escrito está tecnicamente pobre e não traz referências importantes
247 inclusive do ponto de vista normativo. Opinou que isso se revela um pouco quando a diretora diz que
248 a residência terapêutica é uma probabilidade, uma possibilidade preferencialmente, a legislação não
249 diz isso, ela diz “é inserida na comunidade”, então falta conhecimento técnico dessa gestão para lidar
250 com a construção de planejamento, e isso é inaceitável, inadmissível. Disse que a convenção sobre
251 os direitos da pessoa com deficiência amplia o conceito de pessoa com deficiência e ela distingue
252 deficiência mental de deficiência intelectual e quando ela faz essa diferença, qualquer transtorno, seja
253 inclusive decorrente do uso de álcool e outras drogas está protegido pela convenção sobre os direitos
254 da pessoa com deficiência. Citou a LBI, última lei aprovada em 2015, que garante direitos, em seu
255 artigo 11 ela diz que nenhuma pessoa com deficiência poderá ser submetida a cirurgia ou tratamento
256 ou institucionalização forçada e isso por si só não se justifica a existência do Hospital São Vicente de
257 Paula, e isso fere princípios e normativas que inclusive não são mencionadas nesse plano, ou por falta
258 de conhecimento ou por maldade, e isso deve ser evidenciado, isso é um equívoco. Disse que é
259 importante tentar entender que de fato há uma estratégia no judiciário de internar pessoas em
260 manicômios, que a diretoria de saúde mental deveria estrategicamente fazer um enfrentamento do
261 problema. Disse, em referência à ampliação do Hospital São Vicente de Paula, opinou que este deve
262 ser fechado, que ele deve entrar em uma estratégia de mudança, que se tem uma estrutura boa, um
263 terreno muito bom que poderia comportar outro projeto. Disse que o fato é que desrespeita uma lei de
264 95 no DF. Disse que não se fecha de uma hora para outra, que se fecha planejando, porém esse plano
265 não contempla sequer estratégias para esse processo. Citou o participante Zé Alves, como um
266 sobrevivente desse sistema de tortura, acrescentando que ele próprio, Lúcio, fala com legitimidade
267 pois pertence a um órgão ligado à ONU que lê o que é a tortura nesse país. Disse que vê um grande
268 problema nesse plano, a residência terapêutica, que está indo contra a última portaria divulgada agora
269 pelo MS, em dezembro de 2017. Disse que a pessoa com transtorno mental em virtude da lei deve ser
270 incorporada à mesma estratégia de desinstitucionalização de qualquer pessoa de um hospital
271 psiquiátrico clássico, se isso não foi contemplado no plano, seja por falta de conhecimento ou por
272 maldade, tem que ser revisto. Disse, por fim, que o acesso à saúde é um direito do cidadão mas
273 ninguém é obrigado a se tratar e o que o manicômio faz é inverter essa ordem, que você é obrigado a
274 se tratar. Excepcionou algumas internações de doenças infectocontagiosas onde é necessário o
275 isolamento da pessoa. Finalizou dizendo que tem muito a contribuir e agradeceu o espaço dado ao
276 movimento, que tem uma trajetória de 23 anos. **Zé Alves**, Presidente do Clube dos Amigos da Saúde
277 Mental, dirigiu a palavra à Dra. Giselle dizendo que por alguma vez ela denunciou que o usuário não
278 possuía conhecimento, ignorando assim o conhecimento do usuário. Disse à ela que, apesar dos
279 problemas limitados de saúde, conhece alguma coisa sim, e que ela não convidou a sociedade civil
280 como usuário para discussão do assunto, além de que, se não tem nenhum diretor de serviço de CAPS
281 na reunião talvez seja por vergonha de ouvir o que o que foi dito. Referindo-se ao São Vicente,
282 questionou se quem está lá dirigindo tem o mesmo desejo de quem está do lado de fora. **Edmar**
283 **Carrusca**, esclareceu que o Plano Diretor foi inventado há muitos anos atrás porém não se tinha nada,
284 era uma coordenaçãozinha em uma sala com dois computadores e dois psiquiatras para o DF inteiro,

285 então começou-se a planejar o que era preciso, e assim nasceram os planos diretores. Disse que na
286 1ª Conferência de Saúde Mental foi definido que o plano diretor deveria ser elaborado em conferência,
287 em 2010 tinha tido conferência, por isso saiu o Plano Diretor 2011/2015. Disse que após isso foi feito
288 um encontro Inter setorial de saúde mental e então baseou-se nesse encontro de 200 pessoas, não
289 só da SES, a ideia de que saúde mental não se resolve sozinha. Frisou que Plano Diretor é precedido
290 por uma conferência e este Conselho pode propor ao Secretário de Saúde e ao Governador uma
291 conferência de saúde mental. **Edson**, convidado, disse que tem acompanhado, que anda nos CAPS
292 todos e opinou que essa gestão diz que apoia o usuário porém chega no final não apoia o usuário e
293 este não tem voz. Conselheira **Danielle** propôs a aprovação de uma comissão permanente do pleno,
294 paritária, para que esta comissão juntamente com a comissão da atenção primária e a comissão da
295 urgência e emergência possa rediscutir e trazer o parecer deste pleno, acrescentando que esta pauta
296 não seria vencida no dia de hoje. Disse que a comissão seria composta por quatro usuários, dois
297 trabalhadores e dois gestores definidos nessa reunião para discussão e resolução dessa questão.
298 Conselheiro **Tiago Neiva** lembrou que o Dr. Quirino foi convidado pelo CSDF para a presente reunião.
299 Propôs a votação da criação da comissão sugerida pela Conselheira Danielle e, estando aprovada,
300 que os nomes dos integrantes fossem posteriormente indicados. Propôs que, logo em seguida a
301 votação da comissão, houvesse o pronunciamento do Dr. Quirino. Aprovada a criação da Comissão.
302 **Dr. Quirino**, Coordenador Ministério da Saúde, disse que o MS está acompanhando de perto as
303 discussões em torno do Plano Diretor de Saúde Mental e deixou claro que não compareceu à reunião
304 para cancelar qualquer plano, mas colocou-se à disposição para debater o tema e construir de
305 políticas relacionadas. Fez um breve histórico da assistência à saúde mental no Brasil. Disse que não
306 há confusão no MS de desinstitucionalização com fechamento de serviços. Citou a atenção básica no
307 DF, opinando que esta deve ser fortalecida e o plano traz medidas para isso e, com relação à atenção
308 especializada o DF hoje, com 18 CAPS e uma população de três milhões de habitantes, precisa de
309 expansão. Defendeu o fortalecimento dos serviços ambulatoriais e considerou irresponsabilidade não
310 ofertar serviços de alta complexidade quando necessário. Colocou o MS à disposição do CSDF para
311 ajuda na resolução da questão. **Cíntia**, Conselho dos Direitos Humanos do DF, destacou que a
312 diferença entre uma fala manicomial e antimanicomial foi vista aqui, o Coordenador Nacional fala de
313 experiências internacionais mas não falou do Brasil, não falou das violações, das limitações que se
314 tem no sistema. Disse que o Plano Diretor foi aprovado *ad referendum* por um colegiado e sequer
315 passou aqui. Disse que não é aceitável a SES atuar sem levar em consideração o Controle Social.
316 Repudiou esse Plano Diretor e posicionou-se contra a fala manicomial exposta pelo Coordenador
317 Nacional. **Dra. Moema**, psiquiatra, disse que trabalha na rede, na ponta, há dezenove anos, com muito
318 prazer, coordena a residência médica, e opina que deve-se pensar em rede e não nas necessidades
319 de cada um, individualmente. Opinou que deve-se pensar de forma menos maniqueísta. Disse que
320 não é a favor de manicômios porém em casos graves é necessária a internação. Disse que a Lei
321 Brasileira de inclusão é controversa. Opinou que o CAPS não funciona por que a equipe é escassa.
322 Defendeu o pensamento em rede. Disse que o problema da rede não funcionar é devido à falta de RH
323 e a alocação dos profissionais. **Fátima** cobrou a residência terapêutica, destacando como uma questão
324 muito importante. Citou as legislações envolvidas. Disse que o ISM foi criado para assistência e não
325 residência. Citou a questão dos leitos, que deve haver serviços substitutivos entre este e a assistência
326 primária. Sugeriu a criação de uma equipe com funcionários e representantes da comunidade para
327 pensar e trabalhar a questão da residência. Conselheiro **Tiago Neiva** citou estudos que demonstram
328 relação direta entre pessoas portadoras de transtornos mentais indo para a cadeia, aumento
329 avassalador do suicídio em pessoas portadores de transtornos mentais e a redução do número de
330 leitos hospitalares para os portadores de transtornos mentais graves. Disse que o modelo nosocomial
331 está morto, e isto é ponto pacífico, porém, eventualmente, se houver a necessidade de um serviço de
332 internação deve-se ter disponível na rede. Conselheira **Lourdes Cabral Piantino**, Presidente do
333 CSDF, disse que irá rever a Lei de Inclusão e questionou aonde foi feita, pelo convidado Lúcio, a
334 relação de deficiência mental e doença mental. Disse que no seu entender as pessoas acometidas
335 elas não estão inseridas na Lei de Inclusão das pessoas com deficiência. Disse que iria checar esse
336 entendimento. Destacou que entende que existem necessidades diferentes de tratamento entre as
337 pessoas. Disse que espera que esse grupo de trabalho que foi montado hoje e irá discutir o Programa
338 de Saúde Mental tenha clareza de que cada um é um, com a sua própria história, necessidades e que
339 muitas pessoas melhoram com determinados tratamentos enquanto outras pioram então cada um deve
340 ser tratado na sua individualidade, na sua capacidade e na sua potencialidade. Disse esperar que esse
341 grupo tenha capacidade de discutir com o olhar não no outro, mas nos outros, sem a generalização. A
342 413ª RE foi encerrada às 13h42. Foi lavrada a presente ata por mim, Ítalo de Araújo Verlangieri,

343 secretário *ad-hoc*, para posterior apreciação e assinatura dos Conselheiros. Brasília, 27 de março de
344 2017.

LOURDES CABRAL PIANTINO

Presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal

ANDRESSA CRISTINA DE OLIVEIRA SILVA CAVALCANTE

Secretária Executiva do Conselho de Saúde do Distrito Federal - respondendo

DANIEL SEABRA RESENDE CASTRO CORREA

Conselheiro Suplente – Secretário Adjunto da SES

MARCUS VINÍCIUS QUITO

Conselheiro titular – Coordenador da Coordenação de Atenção Primária à Saúde do DF
COAPS/SAIS/SES-DF

DANIELLE SOARES CAVALCANTE

Conselheira titular – Chefe da Assessoria de Gestão Estratégica e Participativa e
Relações Institucionais - ARINS

BÁRBARA DE ALBUQUERQUE BERÇOT

Conselheira suplente – Fundação Hemocentro de Brasília – FHB/SES

WÂNIA MARIA DO ESPIRITO SANTO CARVALHO

Conselheira suplente - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência de Saúde do DF

BRUNO METRE FERNANDES

Conselheiro titular - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – 11ª
região DF / GO

JEFFERSON DE SOUSA BULHOSA JÚNIOR

Conselheiro suplente - Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de
Saúde – SINDSAÚDE/DF

MARINA SARAIVA GARCIA

Conselheiro suplente - Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal – 01 -
CRPDF

TIAGO SOUSA NEIVA

Conselheiro titular - Sindicato dos Médicos do DF

DARLY DALVA SILVA MÁXIMO

Conselheira titular – Central de Movimentos Populares do Distrito Federal – CMP/DF

DANYLO SANTOS SILVA VILAÇA

Conselheiro titular – Centro Acadêmico de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília –
CASCO/UnB Ceilândia

SILVESTRE ARAÚJO

Conselheiro titular - Associação Cultural Recreativa Esportiva Farmacêutica do Distrito
Federal – ACREF/DF

RAIMUNDO NONATO DE LIMA

Conselheiro titular – Movimento Integrado de Saúde Comunitária do Distrito Federal –
MISMEC/DF

LUIZ CARLOS MACEDO FONSECA

Conselheiro titular – Associação de Aposentados, Pensionistas e Idosos da Previdência
Social do Distrito Federal e Entrono – ASAPREV/DF

VERA LÚCIA BEZERRA DA SILVA

Conselheira titular - Rede Feminina de Combate ao Câncer de Brasília

DOMINGOS DE BRITO FILHO

Conselheiro titular – Pastoral de Saúde do Distrito Federal

LUÍS MAURÍCIO ALVES DOS SANTOS

Conselheiro titular - Grupo de Apoio às Mulheres Atingidas pela Hanseníase - GAMAH