



Ministério Público e Tutela à Saúde Mental

A Proteção de Pessoas Portadoras
de Transtornos Psiquiátricos
e de Usuários de Álcool e Drogas

2ª Edição - Agosto 2011

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Elaborado por:

2º Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Criminais
3º Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Justiça Cíveis
4º Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Justiça da Infância e Juventude
6º Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Tutela Coletiva
Grupo de Apoio Técnico Especializado – GATE/Instituições

Projeto gráfico e diagramação: Equipe Web/MPRJ

Procuradoria-Geral de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

Procurador-Geral de Justiça:

Cláudio Soares Lopes

Subprocuradoria-Geral de Justiça de Administração:

Mônica da Silveira Fernandes

Subprocuradoria-Geral de Justiça de Planejamento Institucional:

Carlos Roberto de Castro Jatahy

Subprocuradoria-Geral de Justiça de Atribuição Originária Institucional e Judicial:

Antonio José Campos Moreira

Subprocuradoria-Geral de Justiça de Direitos Humanos e Terceiro Setor:

Leonardo de Souza Chaves

Centro de Estudos Jurídicos

Coordenadora: Maria Cristina Palhares dos Anjos Tellechea

2º Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Criminais

Coordenação:

Renata de Vasconcelos Araujo Bressan

Subcoordenação:

Vinicius Winter de Souza Lima

3º Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cíveis

Coordenação:

Leonidas Filippone Farrulla Junior

Subcoordenação:

Cristiane Branquinho Lucas

Rosana Rodrigues de Alves Pereira

4º Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça da Infância e Juventude

Coordenação:

Rodrigo Cezar Medina da Cunha

Subcoordenação:

Afonso Henrique Reis Lemos Pereira

Maria Helena Ramos de Freitas

Assessora: Gabriela Brandt de Oliveira

6º Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Tutela Coletiva

Coordenação Geral:

Vinicius Leal Cavalleiro

Coordenação de Saúde:

Carla Carrubba

Coordenação de Cidadania:

Vinicius Leal Cavalleiro

Sidney Rosa da Silva Junior

Grupo de Apoio Técnico Especializado – GATE/Instituições

Carina Fernanda Gonçalves Flaks

SUMÁRIO

1. Introdução	06
2. Atenção Integral: Saúde Mental	08
2.1. A Rede de Atenção Psicossocial	09
2.2. Os parâmetros populacionais para a implantação da rede extra-hospitalar	10
2.3. Ações de saúde mental na atenção básica	10
2.4. O que é um CAPS?	12
2.5. O que é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT)?	20
2.6. O que é o Programa de Volta para Casa?	26
2.7. Leitos de Atenção Integral	28
2.8. Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH)	29
2.9. Política de redução progressiva de leitos a partir dos hospitais de grande porte	29
3. Álcool e outras Drogas	31
3.1. SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas	32
3.2. Programa de Atenção a Álcool e outras Drogas	33
3.3. Serviços de Saúde na Área de Álcool e Drogas	34
3.4. Sugestão de quesitos para o diagnóstico da rede de saúde mental dos municípios	46
3.5. Sugestão de indicadores locais para instrução de inquéritos civis e ações civis públicas	52
3.6. Considerações sobre Saúde Mental e Drogadição de crianças e adolescentes	52
3.7. Papel das Promotorias de Justiça Criminais nos casos de uso indevido ou abusivo de álcool e outras drogas	58
4. Providências Individuais para Proteção dos Direitos de Personalidade Pessoas com Deficiência ou Transtorno Mental e Usuários de Álcool e outras Drogas	60
4.1. Pessoas com Deficiência ou Transtorno Mental	60
4.2. Usuários de Álcool e Outras Drogas	63
5. Equipe técnica do governo responsável pela Saúde Mental	65
6. Conselhos Municipais Anti-Drogas - COMADS no Rio de Janeiro	79
7. Alguns problemas enfrentados na Política Nacional de Saúde Mental	81
8. Proposta de atuação intersetorial	83
9. Promotorias de Justiça com atribuição para a proteção de pessoas portadoras de deficiência e transtornos mentais	84
10. Cadastro dos CAPS no Estado do Rio de Janeiro	88
11. Leitos Psiquiátricos no Estado do Rio de Janeiro	93
12. Relação de Hospitais Psiquiátricos por Região de Saúde do Estado	95

13. Fluxo da Rede de Saúde Mental no Rio de Janeiro	104
14. Regiões da Saúde no Estado do Rio de Janeiro	110
15. Módulo de Saúde Mental - MSM	111
16. Atuação Coordenada na Área de Assistência Social para Fortalecimento da Estratégia de Redução do Uso de Álcool e outras Drogas	114
16.1. O Sistema Único de Assistência Social	114
16.2. A Relação entre o Uso de Drogas e a População em Situação de Rua	123
16.3. A Situação Problema e os Enfoques de uma Atuação Coordenada	124

1. INTRODUÇÃO

A internação, como medida de cuidado, de pessoas com transtornos mentais no Brasil remonta ao Século XIX, e, desde então, este cuidado foi sinônimo apenas de internação em hospitais psiquiátricos especializados.

Na segunda metade do século XX, especificamente nos anos 70, este modelo de cuidado começa a ser repensado pela inclusão ou associação de um modelo que, nos casos indicados, substituísse o isolamento do hospital especializado e fosse centrado no convívio com a família e a comunidade.

Em 1990, a Declaração de Caracas firmada na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica previu a necessidade de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de redes sociais.

Com o advento da Constituição da República, em 1988, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e são estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental. A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei n. 10.216/01, preconiza um modelo que inclui um tratamento aberto com base comunitária.

No contexto desta lei, foram editadas inúmeras portarias pelo Ministério da Saúde, para a criação e aperfeiçoamento de equipamentos que pudessem proporcionar um novo modelo de atenção, sempre de forma descentralizada, diante da atribuição de competências aos Estados e Municípios na implantação da política.

Na prática, esta política implicou na restrição de indicações de novas internações em hospitais psiquiátricos, na extinção de leitos e na desinstitucionalização de inúmeros pacientes. Por conseguinte, tornou premente a necessidade de participação efetiva da família e da comunidade na prevenção e tratamento dos males que acometem a saúde mental e do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Demonstrou também a necessidade da promoção de políticas intersetoriais com ações transversalizadas que contemplem não somente a saúde, mas também a reinserção social do paciente, através da geração de oportunidades de trabalho, lazer, habitação e assistência social em geral, de modo a promover a sua valorização e erradicar o estigma.

Em relação à intersetorialidade, é importante que se contextualize uma mudança de paradigma também em relação à assistência social. Desde o período colonial, a assistência social foi marcada por um caráter filantrópico e caritativo, destinada aos pobres, com protagonismo da Igreja e dos chamados “homens bons”, tendo como atividade principal o recolhimento e a distribuição de esmolas. Confundia-se com a própria assistência médica, pois era voltada basicamente a questões de higiene e saúde da população. Posteriormente, com o fim da escravidão e o início do processo de industrialização, a assistência passou a fomentar a disciplina e a preparação para o trabalho¹.

O que se verificou até o advento da Constituição Federal de 1988 foi um modelo assistencial baseado

¹ Capacitação para controle social nos Municípios: Assistência Social e Programa Bolsa Família. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2010. p. 32.

na filantropia e na benemerência privada. As ações assistenciais eram voltadas para crianças, adolescentes, idosos, gestantes, pessoas com deficiência, porém como segmentos isolados, em ações estanques e sem articulação umas com as outras. Não havia preocupação com diagnósticos de demandas e necessidades coletivas, pois eram voltadas ao atendimento de necessidades individuais.

A Constituição de 1988, por sua vez, promoveu mudanças bruscas nesse contexto, tornando a assistência social uma política de proteção articulada a outras políticas sociais destinadas à promoção da cidadania. Foram inauguradas novas perspectivas, como a unidade nacional da política de assistência social e não só federal; seu reconhecimento como dever de Estado no campo da seguridade social e não mais uma política isolada e complementar à Previdência Social, com papel público pouco ou nada definido; o caráter de direito de cidadania e não mais ajuda ou favor ocasional e emergencial; a organização, sob o princípio da descentralização e da participação, rompendo com a centralidade federal e com a ausente democratização da sua gestão sob o âmbito governamental.

Contudo, apesar das inovações constitucionais, a ausência de uma proposta nacional, capaz de catalisar de forma estratégica todas essas mudanças, levou a múltiplas experiências municipais, estaduais e federais, nem sempre convergentes em seus propósitos.

Somente em 1993, após amplo debate e negociações em nível nacional envolvendo gestores municipais, organizações não governamentais, técnicos e pesquisadores com o Governo Federal foi promulgada a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/93), iniciando o processo de construção da gestão pública e participativa da assistência social, através de conselhos deliberativos e paritários nas três esferas de governo.

Com a realização da IV Conferência Nacional de Assistência Social, em 2003, deliberou-se pela implementação do Sistema Único de Assistência Social como um sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, que tem por função a gestão do conteúdo específico da assistência social² no campo da proteção social brasileira. Já no ano seguinte, após ampla participação de diversos setores da sociedade, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Social, regulamentada em 2005 pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social, aprovada na Resolução 130/2005 do Conselho Nacional de Assistência Social. Ao final deste processo, foi editada recentemente a Lei 12.435/2011, que altera a Lei Orgânica de Assistência Social para instituir legalmente o Sistema Único da Assistência Social³.

Embora dissociado da competência para a formulação de políticas públicas, o **Ministério Público** aparece, na Constituição da República, como instituição vocacionada para a proteção e promoção da cidadania de pessoas portadoras de transtornos mentais, inclusive dependentes do uso de álcool e outras drogas, seja pela necessidade de acompanhamento e fiscalização das ações governamentais voltadas para este público, seja pelo necessário acompanhamento das famílias e dos pacientes em estado de vulnerabilidade social. Importante ressaltar que o objetivo da atuação ministerial, na tutela coletiva ou na individual, é sempre a proteção e o cuidado da pessoa, mediante a efetivação de

² Resolução 145/2004 do Conselho Nacional de Assistência Social.

³ Lei 8.742/93.

direitos. Diante do já referido processo de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência, bem como da restrição de leitos e novas internações, deve o Ministério Público atuar no resgate da cidadania, servindo, muitas vezes, como interlocutor ou mediador na implantação de políticas públicas de reinserção social e também junto às famílias.

Para apoiar no desempenho deste importante papel constitucional, foi elaborado este material, como instrumento para sintetizar o contexto político, jurídico e social do tema, bem como apresentar sugestões práticas de atuação para o membro do Ministério Público.

Como é cediço, o Ministério Público não está adstrito apenas a atuação judicial. É legitimado a solucionar conflitos e efetivar suas competências constitucionais sem necessariamente recorrer ao Poder Judiciário, mediante a *judicialização* dos conflitos. Assim, a sociedade busca, de forma recorrente, possibilidades de legitimação da atuação desta instituição, o que representa uma “possibilidade de superação do paradoxo da saúde pública no Brasil: o descompasso entre legislação e as dificuldades encontradas pela população para obter serviços de boa qualidade”. As atividades do Ministério Público incluem a fiscalização de gestores e prestadores de serviços, bem como a mediação de conflitos entre todas as instâncias da saúde pública. Cabe destacar os conselhos de saúde como importantes parceiros do MP, viabilizando uma atuação em rede, pois “ao mesmo tempo em que se enriquece de recursos a atuação dos conselhos, estes legitimam a ação do MP na defesa dos direitos coletivos”⁴.

2. ATENÇÃO INTEGRAL: SAÚDE MENTAL

O artigo 198 da Constituição da República preconiza que as ações e serviços de saúde devem ser organizados para dar atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Eis a base constitucional para o princípio da integralidade do SUS, que garante ao cidadão o direito ao atendimento de forma plena, em função das suas necessidades, pela articulação de ações curativas e preventivas nos três níveis de assistência. A integralidade precisa, portanto, ser concebida como resultado da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta.

De acordo com a proposta trazida pela Política Nacional de Saúde Mental, busca-se como modelo de prevenção e tratamento em saúde mental o resgate da cidadania ao portador de transtornos mentais e aos dependentes do uso de álcool e outras drogas, através da inclusão social, reinserção familiar e respeito aos seus direitos e liberdade, garantindo-lhe a livre circulação e interação com a comunidade.

Este modelo propõe a redução pactuada e programada dos leitos psiquiátricos, e conta uma rede de serviços e equipamentos, estrategicamente organizados em torno dos Centros de Atenção Psicossociais – CAPS.

A proposta do Ministério da Saúde é que as internações sejam feitas em leitos de atenção integral

4 LOBATO, PINHEIRO E ASENSI, in O Ministério Público como mediador no processo de desinstitucionalização da saúde mental, tese, 2008, citando MELAMED, C.; RIBEIRO, M. R. O Inquérito Civil Público da Saúde. Conjunt. Saúde, v.20, mai-jun. 1995, In: MACHADO, F. R.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L., 2005.

em hospitais gerais, sendo os leitos em hospitais psiquiátricos de grande porte, aos poucos, substituídos.

Importante ressaltar, entretanto, que a extinção de leitos em hospitais psiquiátricos deve ser acompanhada pela ampliação da rede extra-hospitalar regionalizada, para que a substituição pelo modelo de cuidado integral comunitário/ambulatorial seja garantido como medida de proteção ao portador de transtornos psiquiátricos.

A atenção integral deve ser garantida por atuação multidisciplinar, mediante cuidados médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros necessários para a reabilitação psicossocial do paciente e de seus familiares, seja para o caso de pacientes ainda internados, seja para aqueles que se encontram em tratamento aberto no CAPS.

O papel do Ministério Público na garantia do cuidado integral do paciente psiquiátrico ou AD (álcool e outras drogas) em estado de vulnerabilidade social, passa ao largo do debate político-ideológico que envolve o melhor modelo de tratamento, focando-se na tutela pela efetivação dos direitos de cidadania destas pessoas, nos quais se incluem a atenção integral à saúde e o bem-estar social.

2.1. A Rede de Atenção Psicossocial

Atualmente, a rede de atenção psicossocial **é implantada de acordo com o porte dos municípios** (caráter demográfico), podendo contar, conforme o caso, com:

1. Ações de saúde mental na Atenção Básica,
2. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS),
3. Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT),
4. Leitos em Hospitais Gerais,
5. Ambulatórios,
6. Programa de Volta para Casa,
7. Hospitais Psiquiátricos,
8. Comunidades Terapêuticas,
9. Casas de Acolhimento Transitório.

O funcionamento dos serviços deve ser articulado, estrategicamente, em torno do CAPS, na organização da porta de entrada e da regulação da rede.

Um ponto bastante importante abrangido pela Lei nº 10.216/01 refere-se ao chamado “paciente de longa permanência”. Definido pelo longo tempo de internação ou pela grave dependência institu-

cional desenvolvida, seja por causas clínicas peculiares de sua doença, seja pela ausência de suporte social, este paciente deverá ser objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, sendo assegurada a continuidade do tratamento em caso de necessidade de sua manutenção.

No artigo 6º, § 1º da lei supracitada, é especificado que cada **internação involuntária**, isto é, aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, deverá ser **comunicada ao Ministério Público Estadual**, no prazo de 72 horas, pelo responsável técnico do estabelecimento onde tenha ocorrido a internação psiquiátrica.

Depreende-se da lei que, o ato de internação psiquiátrica em instituição hospitalar decorrerá da atuação profissional de dois médicos: um que examinará o paciente supostamente necessitado de internação e confirmará tal fato ao emitir um laudo médico circunstanciado,

e outro que autorizará sua internação em estabelecimento especializado comprometendo-se a comunicar tal decisão ao Ministério Público em 72 horas. Os mesmos procedimentos serão adotados na respectiva alta.

2.2. Os parâmetros populacionais para a implantação da rede extra-hospitalar

- **Municípios até 20.000 habitantes - rede básica com ações de saúde mental e suporte social;**
- **Municípios entre 20 a 70.000 habitantes - CAPS I, rede básica com ações de saúde mental e suporte social;**
- **Municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS AD, rede básica com ações de saúde mental e suporte social;**
- **Municípios com mais de 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS III, CAPS AD III (usuários de álcool e drogas), CAPSi (crianças e adolescentes), rede básica com ações de saúde mental, capacitação do SAMU, suporte social.**

2.3. Ações de saúde mental na atenção básica

De acordo com a Portaria n. 648/2006 do Ministério da Saúde, a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde - UBS. Estas equipes são responsáveis

pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (clientela adscrita). As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Os **princípios fundamentais da atenção básica** no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade.

O trabalho de **Equipes da Saúde da Família** é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde.

As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde.

Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

As ações de saúde mental devem ser organizadas a partir da constituição de Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família – NASF. O papel do NASF é servir como um suporte ou apoio matricial, buscando instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS, por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família. Trata-se de instrumento que **não pode ser usado como porta de entrada do usuário no SUS**, sendo, portanto, **equivocada a utilização do NASF para o suprimento da carência de profissionais** na rede municipal de saúde.

Estas equipes deverão dar suporte técnico (supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação) às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população (PSF – Programa de Saúde da Família e ACS – Agentes Comunitários da Saúde).

O **NASF** deve seguir os seguintes **critérios – Portaria MS n. 154/08**):

- Os núcleos devem ser constituídos em municípios acima de 40.000 habitantes, na proporção de 1 núcleo para cada 9 a 11 equipes de saúde da família;
- A equipe de saúde mental deverá ser constituída por 1 psicólogo ou psiquiatra, necessariamente, e 1 terapeuta ocupacional e/ou 1 assistente social.
- As equipes devem estar articuladas preferencialmente aos CAPS, onde houver, ou a um outro serviço de saúde mental de referência.

(ref.: Departamento da Atenção Básica/SAS - Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família)

Em municípios com menos de 20.000 habitantes, é possível formar uma equipe matricial mais simples, composta por um médico e um técnico, ambos com formação em saúde mental.

As peculiaridades relativas à constituição de NASF para apoio à política de enfrentamento de drogas serão expostas em capítulo próprio.

Pode-se considerar que o Programa de Saúde da Família ou Estratégia da Família já um programa de saúde mental. A diferença de outras modalidades de ambulatorios de saúde mental, pronto atendimentos ou mesmo centros de saúde convencionais, é que os pacientes conhecem os médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde pelo nome, e as equipes de saúde da família mantêm um vínculo continuado com essas pessoas, fazendo o acolhimento, que é uma maneira de escutar o sofrimento de quem precisa. O ideal é que disponham de diversos dispositivos coletivos como grupos de caminhada, grupos de reciclagem de lixo, de ações culturais diversas.

Os Agentes Comunitários de Saúde - ACS visitam pelo menos uma vez por mês cada grupo familiar que habita na sua área. Dessa forma descobrem casos que não chegam à psiquiatria, como esquizofrênicos em prisão domiciliar, entre outros.

As equipes de saúde mental e os NASFs podem atuar como conectores entre os CAPS e as Unidades Básicas de Saúde e como conectores com diversas ações informais que acontecem ou se inventam no seio da comunidade.

2.4. O que é um CAPS? Portaria GM/MS 336/02

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS é uma unidade de saúde local/regionalizada que conta com uma população adscrita, definida pelo nível local e que oferece atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar por equipe multiprofissional.

Foi concebido com o objetivo de oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os Centros de Atenção Psicossocial, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, deve ter um papel estratégico para política concebida no Brasil, uma vez que têm a função de organização da rede de atenção psicossocial.

FUNÇÕES DO CAPS

- prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- acolher as pessoas com transtornos mentais, ainda que severos, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica;
- articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território;
- promover a reinserção social do indivíduo através de ações intersetoriais, como o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os CAPS devem ser organizados pelos Municípios, com incentivo financeiro do Ministério da Saúde como serviços de saúde abertos e comunitários, que ofereçam atendimento diário, conforme a Portaria MS n. 336/02.

Estes serviços devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. De fato, o CAPS deve ser o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Os seus projetos, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

Conforme exposto no item *supra*, o perfil populacional dos municípios é, sem dúvida, um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades e para a implantação de centros de Atenção Psicossocial, mas pode ser contraposto ou conjugado com dados epidemiológicos de cada município ou região, de forma a demonstrar a necessidades específicas.

Os **CAPS são classificados** da seguinte forma:

- **CAPS I** - são serviços para cidades de pequeno porte, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, que devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais durante o dia (adultos, crianças e adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas).

Responsabilidades: a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; c- Coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; d- Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; e- Funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

Atividades do CAPS I:

- a. Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b. Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c. Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d. Visitas domiciliares;
- e. Atendimento à família;
- f. Atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g. Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

A **equipe técnica mínima** (recursos humanos) em atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, é composta por:

- a. 01 médico com formação em saúde mental;
- b. 01 enfermeiro;
- c. 03 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d. 04 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

•**CAPS II** - são serviços para cidades de médio porte e atendem durante o dia clientela adulta. As de-

mais características do CAPS II são similares às aquelas exigidas no CAPS I excetuando-se funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

As atividades do CAPS II também são similares às do CAPS I excetuando-se que os pacientes assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Quanto aos **recursos humanos do CAPS II** define-se a referida Portaria que a equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, é composta por:

- a. 01 médico psiquiatra;
- b. 01 enfermeiro com formação em saúde mental;
- c. 04 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d. 06 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

• **CAPS III** – são serviços 24h, geralmente disponíveis em grandes cidades, com mais de 200 mil habitantes, que atendem clientela adulta.

Atividades do CAPS III similares à do CAPS II acrescidas dos seguintes itens:

- acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;
- os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;
- a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

Quanto aos **recursos humanos** no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a. 02 médicos psiquiatras;
- b. 01 enfermeiro com formação em saúde mental.

- c. 05 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d. 08 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Para o período de **acolhimento noturno**, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

- a. 03 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;
- b. 01 profissional de nível médio da área de apoio;

Embora não seja exigida pela Portaria MS n. 336/02 a presença de médico em período noturno no CAPS III, esta necessidade vem sendo apontada por parcela da classe médica, diante da alegada necessidade que eventualmente pode decorrer do acolhimento noturno de pacientes. Questiona-se se este acolhimento, na verdade, pode disfarçar uma internação de curta duração.

Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

- a. 01 profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;
- b. 03 técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço
- c. 01 profissional de nível médio da área de apoio.

• **CAPSi** – são serviços para crianças e adolescentes, em cidades de médio porte, que funcionam durante o dia, e serão melhor explicitados, para evitar repetições desnecessárias, no capítulo que trata da drogadição de crianças e adolescentes.

• **CAPS ad** – são serviços para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte. Também serão melhor explicitados no capítulo pertinente à política voltada para o uso de álcool e outras drogas.

Para a solicitação **do incentivo financeiro antecipado** do Ministério da Saúde para implantação de CAPS, o gestor local deve seguir os seguintes procedimentos: Encaminhar ofício com a solicitação do incentivo ao Ministério da Saúde, com cópia para a respectiva Secretaria de Estado da Saúde, com os seguintes documentos:

- I - projeto terapêutico do serviço;
- II - cópia das identidades profissionais dos técnicos compondo equipe mínima, segundo as diretrizes da Portaria 336/GM, de 19/02/02;
- III - termo de compromisso do gestor local, assegurando o início do funcionamento do CAPS em até 3 (três) meses após o recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Portaria; e
- IV - proposta técnica de aplicação dos recursos.

Se os CAPS não forem implantados em 90 dias, os recursos recebidos deverão ser devolvidos ao MS. Os incentivos serão transferidos em parcela única, aos respectivos fundos, dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade. (ref.: Portaria nº 245/GM, de 17 de fevereiro de 2005)

Para a **solicitação de cadastramento** do serviço junto ao Ministério da Saúde, o gestor deve seguir os procedimentos abaixo:

- 1) Requerer à Comissão Intergestores Bipartite, por meio do Secretário de Estado da Saúde, a aprovação do pedido de cadastramento do serviço;
- 2) Encaminhar processo de solicitação de cadastramentos ao Ministério da Saúde, instruído com a seguinte documentação:
 - A - Documentação da Secretaria Municipal de Saúde e do gestor.
 - B - Projeto Técnico do CAPS;
 - C - Planta Baixa do CAPS;
 - D - Discriminação da Equipe Técnica, anexados os currículos dos componentes;
 - E - Relatório de Vistoria realizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

(ref.: Portaria nº 336/GM, de 19/02/02 e Portaria nº 189/SAS de 20/03/02)

Indicador de cobertura populacional do CAPS no Estado do Rio de Janeiro CAPS/100.000 habitantes

ANO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
COBERTURA	0.28	0.29	0.33	0.34	0.39	0.45	0.50	0.50	0.52

Parâmetros adotados pelo Ministério da Saúde:

Cobertura muito boa (acima de 0,70)

Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69)

Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49)

Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34)

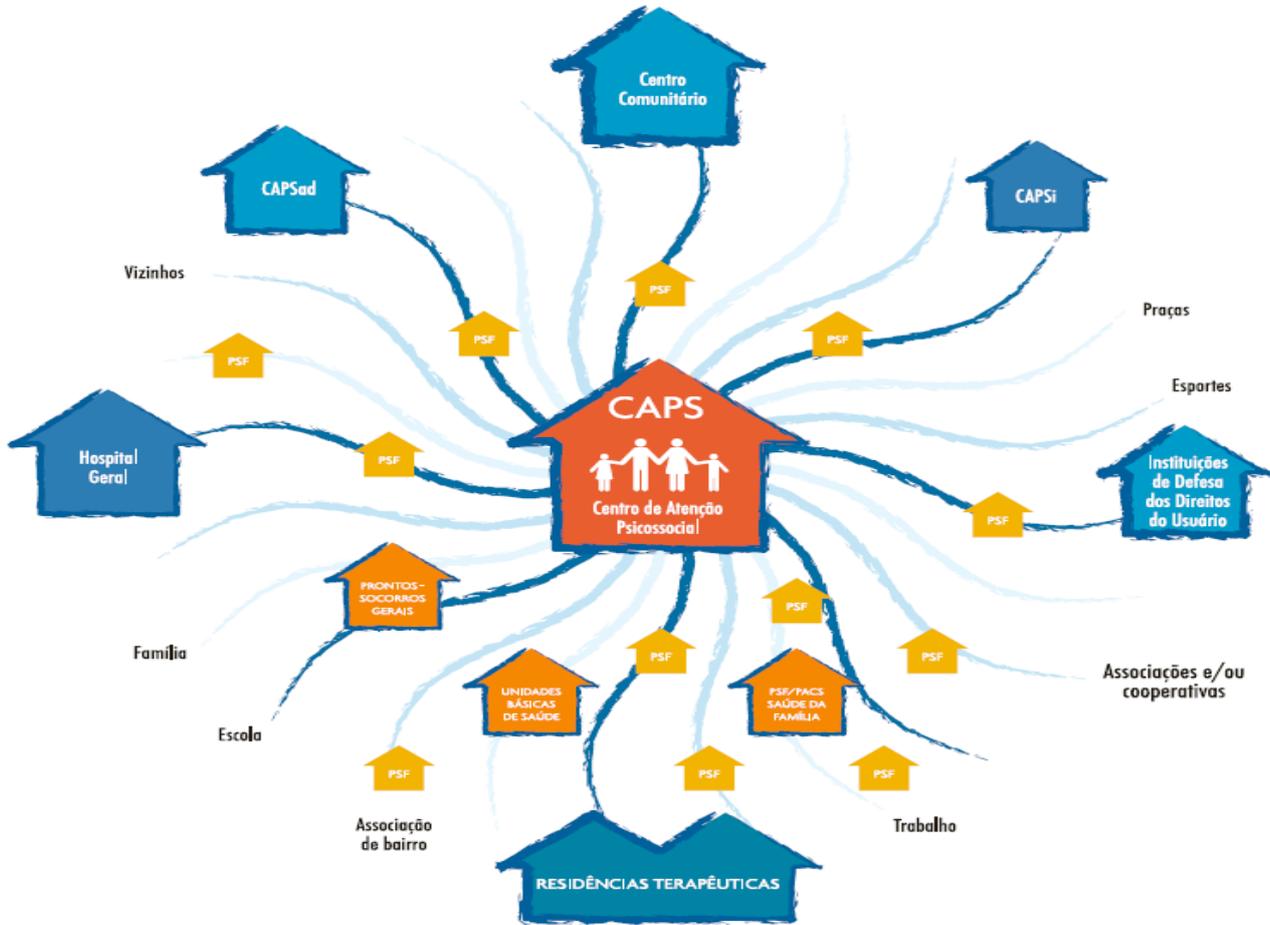
Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)

Fonte:



Como representado a seguir, o **CAPS é o componente estratégico**, mas não único da rede, devendo funcionar como articulador da rede de saúde mental no município e regulador ad porta de entrada do paciente na rede. Importante ressaltar, entretanto, que a política nacional não pode privilegiar apenas um tipo de equipamento (CAPS), diante do princípio da integralidade, que exige a atenção à saúde em seus três níveis.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



Fonte: www.saude.gov.br

AUSÊNCIAS IMPORTANTES NO ESQUEMA ACIMA:

- Programas de Prevenção
- Ambulatório Especializado
- Hospital Especializado
- Moradia Supervisionada
- Moradia Abrigada

2.5. O que é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT)? Portaria MS 106/2000

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) constitui-se de casas localizadas no espaço urbano para responder às necessidades de moradia de portadores de transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade. Em geral, destinam-se a **moradores não possuem vínculos familiares**.

Estas residências **não são serviços de saúde**, mas espaços de habitação, que devem possibilitar à pessoa em sofrimento mental o retorno à vida social, com a reconstrução de laços sociais e afetivos, e **devem estar vinculadas a um CAPS**. Os moradores das residências terapêuticas devem ser acompanhados na rede extra-hospitalar (CAPS, ambulatórios, atenção básica - ESF).

O número de usuários pode variar desde um indivíduo até um pequeno grupo de oito pessoas, que deverão contar sempre com o trabalho (supervisão) de pessoas que se chamam “cuidadores” e com o suporte dos Centros de Atenção Psicossocial. Cabe ao cuidador verificar a ordem e o bom andamento do convívio na residência terapêutica, bem como cuidar para que as necessidades básicas dos moradores sejam atendidas, tais como higiene do local, abastecimento de alimentos e serviços básicos.

A inserção do paciente em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Foi um serviço concebido pela política nacional como uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual n.º de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH (autorização de internação hospitalar) correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

.....

• O que vem acontecendo, entretanto, em muitos casos, é que o paciente é desinstitucionalizado, o leito é extinto e o recurso correspondente não é investido na assistência extra-hospitalar do paciente.

• O processo de desospitalização e desativação de hospitais psiquiátricos não pode representar a desassistência dos pacientes, e, desta forma, o gestor deve investir na rede substitutiva, concebida, atualmente, por CAPS, SRT, Programa de Volta pra Casa e Casas de Acolhimento, todos integrados. Além disso, leitos psiquiátricos precisam continuar sendo garantidos para quem tem indicação de internação.

.....

O SRT deve garantir assistência a pessoas que não possuam vínculos familiares e de moradia, atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado e promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Para seu funcionamento necessitam de um **Projeto Terapêutico** baseado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social; ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.

Suas **características físico-funcionais** serão: a) estar situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais; b) contar com espaço físico que contemple, de maneira mínima, dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 08 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 03 (três) por dormitório; c) ter sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários; d) ter dormitórios devidamente equipados com cama e armário; e) ter copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários, etc.); f) ter a garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar.

Devem contar com equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais: a) 01 (um) profissional médico; b) 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial.

Cabe ao gestor municipal /estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos mesmos dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

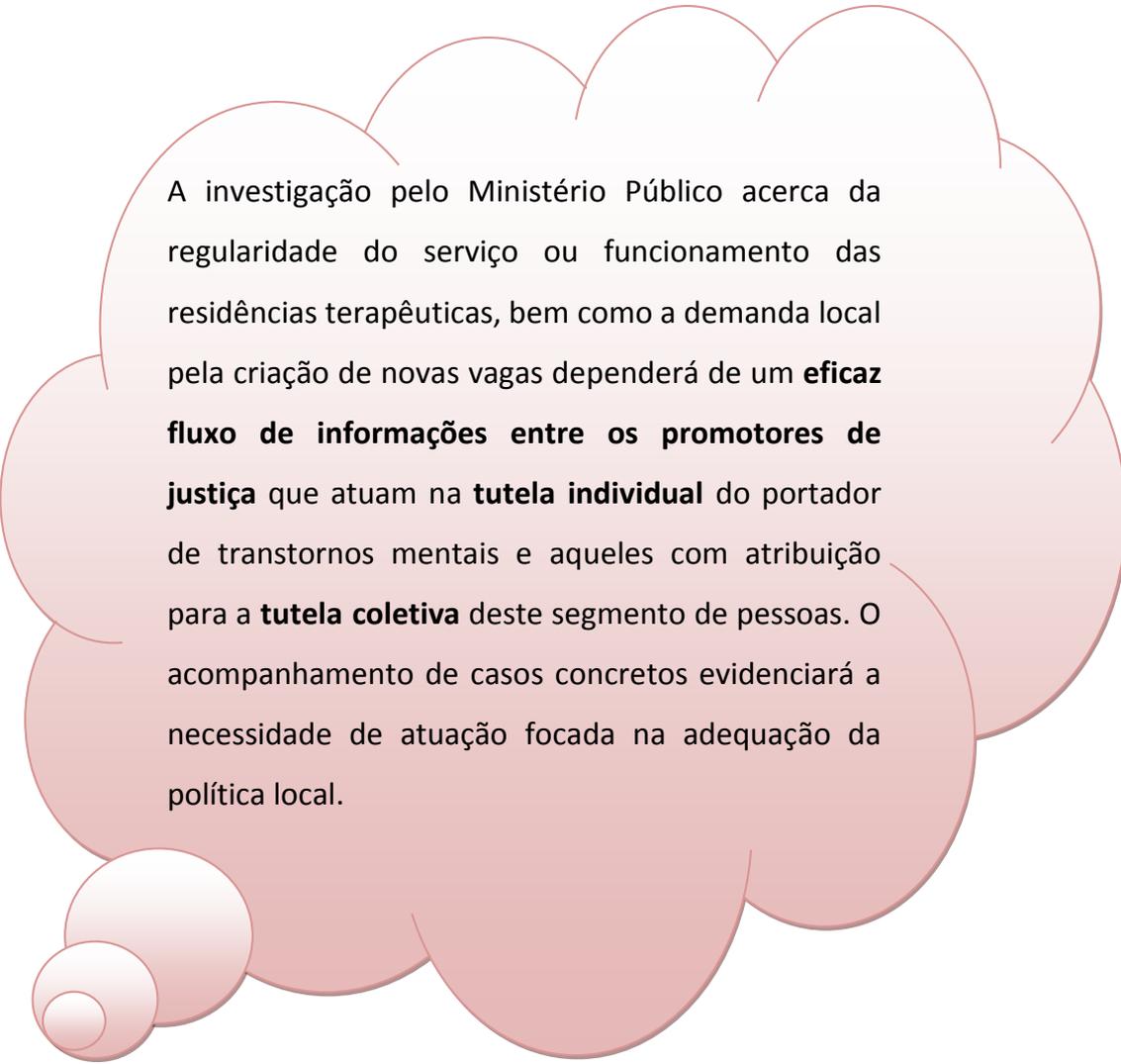
Para **implantar um SRT o gestor municipal deverá seguir os passos** abaixo relacionados:

- 1º) Solicitar ao Ministério da Saúde o valor de incentivo antecipado para implantação no valor de R\$ 10.000,00 para cada módulo (conforme Portaria nº 246/GM, de 17/02/05).
- 2º) Providenciar a casa com espaço físico compatível com o nº de moradores (máximo 8 moradores) e garantir, no mínimo, 3 refeições diárias.
- 3º) Garantir a equipe técnica mínima de suporte (conforme Portaria nº 106/GM de 11/02/00)
- 4º) Aprovar a implantação na Comissão Intergestores Bipartite.
- 5º) Enviar a documentação para cadastramento junto ao Ministério da Saúde (Portaria nº 246/GM, de 17/02/05).

A cobertura de SRTs ainda é baixa. Entre os fatores que dificultam a expansão desses serviços, estão os mecanismos insuficientes de financiamento do custeio, as dificuldades políticas na desinstitucionalização, a baixa articulação entre o programa de SRTs e a política habitacional dos estados e do país, as resistências locais ao processo de reintegração social e familiar de pacientes de longa permanência e a

fragilidade de programas de formação continuada de equipes para serviços de moradia. Uma forma de financiamento intersetorial das SRTs ainda está por ser construída. Há demanda de SRTs para população com transtorno mental em situação de rua, não egressos de internações e para egressos de HCTPs. Fonte: “Saúde Mental em Dados 7” - Ano V, nº 7, junho 2010

Outras soluções são passíveis de construção, dependendo da possibilidade cada município e da necessidade dos pacientes, entre elas: moradias assistidas, moradias supervisionadas, comunidades terapêuticas (pacientes AD).



A investigação pelo Ministério Público acerca da regularidade do serviço ou funcionamento das residências terapêuticas, bem como a demanda local pela criação de novas vagas dependerá de um **eficaz fluxo de informações entre os promotores de justiça** que atuam na **tutela individual** do portador de transtornos mentais e aqueles com atribuição para a **tutela coletiva** deste segmento de pessoas. O acompanhamento de casos concretos evidenciará a necessidade de atuação focada na adequação da política local.

**Informações dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dos Serviços
Residenciais Terapêuticos - SRT**

Região / Município		DISPOSITIVOS EXTRA-HOSPITALARES DE SAÚDE MENTAL					SRT
		CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	
Total do Estado		35	40	3	22	23	111
Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis		1		1	1	
	Mangaratiba	1					
	Parati	1					
Baixada Litorânea	Araruama						
	Armação de Búzios						
	Arraial do Cabo						
	Cabo Frio		1				
	Casimiro de Abreu						
	Iguaba Grande						
	Rio das Ostras	1					
	São Pedro da Aldeia	1					
	Squarema						
Centro - Sul	Areal						
	Com. Levy Gasparian	1					
	Eng.º Paulo de Frontin	1					3
	Mendes	1					1
	Miguel Pereira						
	Paraíba do Sul	1				1	
	Paty do alferes						
	Paracambi		1			1	21
	Sapucaia						
	Três Rios		1			1	
	Vassouras	1					
Médio Paraíba	Barra do Piraí	1					
	Barra Mansa		1		1		1
	Itatiaia	1					
	Pinheiral	1					
	Piraí	1					
	Porto Real*	1					
	Quatis*						
	Resende		1		1	1	
	Rio Claro						
	Rio das Flores						
	Valença		1				
	Volta Redonda		2		1	1	3

Metropolitana I	Belford Roxo		1		1	1	2
	Duque de Caxias		1		1	1	1
	Itaguaí		1		1	1	1
	Japeri		1				1
	Magé		1			1	
	Mesquita		1			1	1
	Nilópolis		1				2
	Nova Iguaçu			1	1	1	3
	Queimados		1		1		2
	Rio de Janeiro		12	2	5	4	31
	São João de Meriti		1		1	1	4
	Seropédica		1				1
Metropolitana II	Itaboraí		1		1		
	Maricá						
	Niterói		2		1	2	2
	Rio Bonito	1					
	São Gonçalo		1		1		
	Silva Jardim						
	Tanguá						
Norte	Campos dos Goytacazes		1		1	1	
	Carapebus						
	Conceição de Macabu	1					
	Macaé		1		1	1	
	Quissamã	1					
	São Fidélis	1					
	São Francisco de Itabapoana	1					
	São João da Barra	1					
Noroeste	Aperibé						
	Bom J do Itabapoana	1					2
	Cambuci						
	Cardoso Moreira						
	Italva**	1					
	Itaocara	1					1
	Itaperuna		1		1	1	2
	Lajé de Muriaé						
	Miracema	1					
	Natividade**	1					
	Porciúncula**	1					
	Santo Antônio de Pádua	1					1
	São José de Ubá						
Varre e Sai							

Serrana	Bom Jardim						
	Cachoeira de Macacu	1					
	Cantagalo	1					
	Carmo	1					25
	Cordeiro	1					
	Duas Barras						
	Guapimirim	1					
	Macuco						
	Nova Friburgo		1				
	Petrópolis		1		1	1	
	Santa Maria Madalena***	1					
	São José do Vale do Rio Preto						
	São Sebastião do Alto	1					
	Sumidouro	1					
	Teresópolis						
Trajano de Moraes***							

Observações:

* Na região Médio Paraíba: Há um CAPS I sediado em Porto Real em consórcio com Quatis.

**Na Região Noroeste: Há um CAPS I sediado em Italva em consórcio com Cardoso Moreira. CAPS I sediado em Natividade em consórcio com Varre e Sai. CAPS I sediado em Porciúncula em consórcio com Antônio Prado (MG).

*** Na Região Serrana: Há um CAPS I sediado em Trajano de Moraes em consórcio com Santa Maria Madalena.

2.6. O que é o Programa de Volta para Casa?

Lei n. 10.708/03

Criado pela a Lei Federal 10.708 de 2003, o Programa De Volta Para Casa tem por objetivo garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (2 anos ou mais de internação ininterruptos), inclusive em hospitais de custódia. É parte integrante deste Programa o auxílio-reabilitação pago ao próprio beneficiário. Pretende, portanto, evitar a desigualdade social, e conta com este suporte de incentivo financeiro, como facilitador do retorno ao meio familiar e social de egressos de hospitais psiquiátricos.

Este Programa atende ao disposto na Lei 10.216, de 06.04.2001, que no art. 5º, determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.

O benefício significa uma bolsa mensal, com duração de até dois anos, podendo ser renovado. A importância dessa lei é agenciar metas de proteção social, oferecendo ao beneficiário, garantias de inserção na rede de cuidados local e nas ações de integração social por parte da família e da equipe.

Podem ser **beneficiários do Programa De Volta Para Casa**:

- 1) pessoas acometidas de transtornos mentais egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH-SUS, por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos, quando a situação clínica e social não justifique a permanência em ambiente hospitalar e indique a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social desenvolvido pelo município;
- 2) pessoas inseridas em moradias caracterizadas como serviços residenciais terapêuticos ou egressas de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com a decisão judicial (Juízo de Execução Penal), por igual período de internação, também podem ser beneficiários do auxílio.

Todos os beneficiários devem possuir condições clínicas e sociais que não justifique a permanência em ambiente hospitalar, avaliadas por equipe de saúde mental local, assim como, expresso consentimento do paciente ou de seu representante legal em se submeter ao Programa.

Como muitas famílias acabem não querendo receber de volta seu familiar que vive há longos anos internado ininterruptamente, são estes pacientes que o Programa De Volta para Casa quer beneficiar. Daí a expansão concomitante dos Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias implantadas pelas se-

cretarias municipais de saúde - referência na PT 106 de 11.02.00), para aquele grupo de pacientes que não puder, ou não o desejar, voltar ao núcleo familiar original.

Os valores do referido auxílio serão entregues diretamente aos beneficiários, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente atos da vida civil, quando serão entregues ao representante legal do paciente. O pagamento se dará através de recebimento pelo beneficiário de cartão magnético de pagamento por instituição financeira oficial.

Quais as **condições para inclusão de (possíveis) beneficiários** no programa?

Será necessário que a pessoa incluída no programa esteja de alta hospitalar e morando em residência terapêutica; com suas famílias (de origem ou substitutas) ou formas alternativas de moradia. Ademais deve estar referenciado, para tratamento e acompanhamento extra-hospitalar regular, em uma das unidades da secretaria municipal de saúde e vinculada à inserção do beneficiário em programa de reabilitação assistida. Como medida de investimento, **o benefício poderá ser suspenso** caso as ações sejam insuficientes para impedir o retorno do usuário à internação hospitalar, ou mesmo **se o beneficiário deixar de freqüentar o CAPS**.

Os beneficiários deverão ser acompanhados permanentemente por uma equipe de municipal encarregada de prover e garantir o bom acompanhamento do paciente e apoiá-lo em sua integração ao ambiente familiar e social.

Qual o **papel do município para realizar a inclusão de (possíveis) beneficiários** no Programa?

O município deverá preencher cadastro específico de inclusão de beneficiário para o programa e enviá-lo ao Ministério da Saúde, quando:

- da solicitação de inclusão no programa por parte do beneficiário, ou seu representante legal;
- a avaliação de equipe de saúde local confirmar os requisitos exigidas na Lei 10.708, para inclusão no programa;
- da habilitação do município pelo Ministério da Saúde no Programa.

Para **habilitar os municípios no Programa de Volta para Casa** (Portaria nº 2077/GM de 31/10/03), deve o gestor local:

- I) Solicitar ao MS, por meio de ofício, habilitação ao Programa, indicando as ações de saúde mental realizadas no município;
- II) Aderir ao Programa, por meio da assinatura do Termo de Adesão que deve ser enviado ao MS (Portaria nº 2077/GM Anexo I);
- III) Envio do cadastro dos potenciais beneficiários do Programa (que atendam aos critérios acima listados).

(ref.: Lei 10.708, de 31/07/03 e Portaria nº 2077/GM de 31/10/03)

A concessão e acompanhamento do auxílio-reabilitação psicossocial será efetuada através de Comissão de Acompanhamento do Programa de Volta para Casa, constituída pelo Ministério da Saúde, através de Portaria específica, que terá as seguintes responsabilidades:

- elaborar e pactuar as normas aplicáveis ao programa e submetê-las ao Ministério da Saúde;
- pactuar a definição de municípios prioritários para habilitação no programa;
- ratificar o levantamento nacional de clientela de beneficiários em potencial do Programa;
- acompanhar e assessorar a implantação do programa.

2.7. Leitos de Atenção Integral

São todos os recursos de hospitalidade e de acolhimento noturno articulados à rede de atenção à saúde mental: leitos de Hospitais Gerais, de CAPS III, das emergências gerais, dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas. São articulados em rede, mas podem estar associados aos leitos de hospitais psiquiátricos, quando existirem.

Esses leitos devem ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise e devem estar articulados com outros dispositivos de referência para o paciente. A tendência é que essa rede de leitos de atenção integral se expanda e substitua a internação em hospitais psiquiátricos convencionais. Para tanto, é preciso investimento dos gestores. Os leitos de atenção integral em saúde mental são um **componente essencial da porta de entrada da rede assistencial** e um **mecanismo efetivo de garantia de acessibilidade**.

Para estimar a **quantidade necessária de leitos de atenção integral** em saúde mental, o Ministério da Saúde adotou os parâmetros contidos nas *“Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde”*. Nessas diretrizes, os contextos locais de rede fazem diferença:

- a) Onde existir uma rede de atenção integral efetiva, o parâmetro de cobertura pode variar de 0.1 a 0.16 leitos de atenção integral por 1.000 habitantes. Uma rede efetiva é aquela composta por diversos dispositivos (Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de residência terapêuticas, Programa de Volta Para Casa, saúde mental na atenção básica, ambulatórios, leitos em hospitais gerais, etc.) e que for capaz de efetivamente controlar a porta de entrada das internações.
- b) Onde existir uma rede com baixa resolutividade, o parâmetro de cobertura é de até 0.24 leitos de atenção integral por 1.000 habitantes.

Para cada contexto, entretanto, pode haver parâmetros diferentes.

Todas as atividades desenvolvidas nos hospitais deverão constar em **projeto terapêutico escrito** da instituição.

Deverá existir o encaminhamento do paciente após a alta para a continuidade do tratamento. Para os pacientes de longa permanência – neste caso com mais de um ano ininterrupto de internação-, o projeto terapêutico do paciente deve conter a preparação para o retorno à própria moradia ou a serviços residenciais terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar. Haverá desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos para pacientes com deficiência física e mental grave e grande dependência.

2.8. Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH)

Entre os instrumentos de gestão está o **Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria)**, instituído em 2002, por normatização do Ministério da Saúde. Essencialmente um instrumento de avaliação, o PNASH/Psiquiatria permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo que indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população adscrita.

É a partir da instituição do PNASH/Psiquiatria que o processo de avaliação da rede hospitalar psiquiátrica pertencente ao Sistema Único de Saúde passa a ser sistemático e anual, e realizado por técnicos de três campos complementares: o técnico-clínico, a vigilância sanitária e o controle normativo. Fundamentado na aplicação, todos os anos, em cada um dos hospitais psiquiátricos da rede, de um instrumento de coleta de dados qualitativo, o PNASH/Psiquiatria deve avaliar a estrutura física do hospital, a dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, os processos e os recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação e inserção dos hospitais à rede de atenção em saúde mental em seu território e às normas técnicas gerais do SUS. É parte deste processo de avaliação, a realização de “entrevistas de satisfação” com pacientes longamente internados e pacientes às vésperas de receber alta hospitalar.

Este instrumento gera uma pontuação que, cruzada com o número de leitos do hospital, permite classificar os hospitais psiquiátricos em quatro grupos diferenciados: aqueles de **boa qualidade** de assistência; os de **qualidade suficiente**; aqueles que **precisam de adequações** e devem sofrer **revisoria**; e aqueles de **baixa qualidade**, encaminhados para o **descredenciamento** pelo Ministério da Saúde, com os cuidados necessários para evitar desassistência à população.

2.9. Política de redução progressiva de leitos a partir dos hospitais de grande porte

Foi aprovado pelo Ministério da Saúde, em 2004, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH), como estratégia de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e do incremento dos serviços extra-hospitalares. O principal objetivo do Programa é promover a redução

progressiva e pactuada de leitos a partir dos macrohospitais (acima de 600 leitos) e hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos psiquiátricos). Assim, são componentes fundamentais do programa a redução do peso assistencial dos hospitais de maior porte, e a pactuação entre os gestores do SUS – os hospitais e as instâncias de controle social – da redução planejada de leitos, para evitar a desassistência. Desta forma, procura-se conduzir o processo de mudança do modelo assistencial de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário.

Para tanto, são definidos no Programa os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS), buscando-se a redução progressiva do porte hospitalar, de modo a situarem-se os hospitais, ao longo do tempo, em classes de menor porte (idealmente, até 160 leitos). Ao mesmo tempo, busca-se garantir que as reduções de leitos se efetivem de forma planejada, de modo a não provocar desassistência nas regiões onde o hospital psiquiátrico ainda tem grande peso na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Este processo, com ritmo pactuado entre os gestores do município e do estado, hospitais e controle social, deve incluir o aumento progressivo dos equipamentos e das ações para a desinstitucionalização, tais como CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e a habilitação do município no Programa de Volta para Casa.

O Programa também busca garantir que **os recursos que deixem de ser utilizados nos hospitais, com a progressiva redução de leitos, permaneçam no campo das ações de saúde mental e sejam direcionados para os equipamentos da rede extra-hospitalar.** Desta forma, busca-se garantir o incremento das ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, ambulatórios, atenção básica e outros. Neste ponto, **a fiscalização pelo Ministério Público é de suma importância**, pois não é o que vem sendo observado em muitos locais.

O cenário para esta pactuação são as “comissões intergestores” bipartite (municípios e estados) e tripartite (Ministério da Saúde, estados e municípios) e os Conselhos de Saúde.

Na verdade, tais pactuações devem conduzir de forma responsável o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais longamente internadas, e não somente a redução programada de leitos. Assim, para cada redução significativa de porte de um hospital, deve haver, além do incremento da rede de atenção local à saúde mental, um trabalho delicado de reinserção social das pessoas com longa história de internação, e a implementação de ações específicas para esta clientela. Neste contexto, a implantação de Residências Terapêuticas e adesão do município ao Programa De Volta para Casa são as estratégias indicadas pelo Ministério da Saúde para a efetivação do processo de desinstitucionalização.

(Fonte: Ministério da Saúde, *in* Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, Brasília, novembro de 2005)

3. ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

PROJETO RESTABELECENDO LAÇOS

Diante do avanço do consumo de drogas no Estado do Rio de Janeiro, em especial do crack, com sérios impactos sociais e de saúde pública, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro elegeu como uma de suas prioridades estratégicas, no ano 2011, o enfrentamento de tal questão através do desenvolvimento de estratégias materializadas no Projeto “*Restabelecendo Laços*”.

A questão da prevenção e tratamento de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas tomou uma proporção mundial, conforme dados da Organização Mundial de Saúde, segundo os quais cerca de 10% da população dos centros urbanos fazem uso de substâncias psicoativas, independentemente da classe social, idade, sexo e raça, afetando, portanto, pessoas de forma heterogênia.

Entende-se que a prevenção deve se constituir em política definida como um processo de expansão contínua de planejamento e implantação de múltiplas estratégias para a diminuição da vulnerabilidade e redução dos fatores de risco específicos, bem como fortalecimento dos fatores de proteção.

Segundo se preconiza na atual política delineada no Brasil, tal processo implica, necessariamente, na inserção comunitária das práticas propostas, com o intuito de produzir, além de conscientização das consequências individuais e sociais do uso de álcool e outras drogas, novas perspectivas de vida para os usuários.

A busca pela transformação da lógica de tratamento em serviços abertos e comunitários vem sendo explicada pelos idealizadores e gestores da atual política brasileira considerando as manifestações e cenas de uso do uso indevido de álcool e drogas, que encontram seu lugar na comunidade, e portanto, segundo concluem, é também neste ambiente que terão lugar as práticas terapêuticas, preventivas e educativas de maior impacto, adaptados às diferentes necessidades.

A política atualmente preconizada pelo Ministério da Saúde propõe a efetivação de um modelo que garanta o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas pelo Sistema Único de Saúde e, ao mesmo tempo, considere o seu caráter intersetorial, não reduzindo esta questão a uma problemática exclusiva do sistema de atenção à saúde.

Torna-se, portanto, imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento da rede de assistência social associada à de saúde, com ênfase na reabilitação e reinserção social de usuários de álcool e outras drogas, sempre considerando que a oferta de cuidados a estes, caso baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, deve ser especializada e, repita-se, devidamente articulada à rede de saúde mental.

Para o alcance de tal objetivo, a política de promoção, prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas deverá, necessariamente, ser objeto de política específica nos

estados e municípios, de modo a serem construídas interfaces intra-setoriais que possibilitem o cuidado integral aos usuários.

Diante das dificuldades enfrentadas para a concretização e expansão desta política e, portanto, para o efetivo cuidado ao usuário, é fundamental que o Ministério Público acompanhe a existência e eficácia de programas, serviços e equipamentos públicos específicos para estes usuários. A **atuação do Ministério Público precisa ser modelada, a fim de não se limitar a ser apenas reativa, mas principalmente preventiva**, através da fiscalização de políticas que contemplem fluxos bem definidos no atendimento aos usuários de drogas.

Deve-se, ainda, tutelar a volta do dependente químico em recuperação ao convívio familiar, bem como a sua reinserção à sociedade, num processo de resgate de sua plena cidadania.

3.1. SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

No ano de 2006, entrou em vigor a Lei n. 11.343/2006, que instituiu o Sisnad – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, e previu a supressão da pena de prisão para os usuários de drogas como condição para o desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento na saúde pública.

O Sisnad tem, dentre outros, os seguintes **objetivos**:

- contribuir para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados;
- promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios.

As **atividades de prevenção do uso indevido de drogas** devem observar os seguintes **princípios e diretrizes**:

- o reconhecimento do uso indevido de drogas como fator de interferência na qualidade de vida do indivíduo e na sua relação com a comunidade à qual pertence;
- a adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos comunitários e privados e de evitar preconceitos e estigmatização das pessoas e dos serviços que as atendam;
- o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas;
- o compartilhamento de responsabilidades e a colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias;
- a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das diversas populações, bem como das diferentes drogas utilizadas.

3.2. Programa de Atenção a Álcool e outras Drogas (Portaria MS n. 1109/09)

Em junho de 2009, o Ministério da Saúde lançou o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), através da Portaria MS n. 1109/09.

As **ações** do PEAD devem orientar-se segundo as seguintes diretrizes gerais:

- I. direito ao tratamento: todo usuário de álcool e outras drogas tem direito a um tratamento de qualidade, ofertado pela rede de serviços do SUS, e que considere os diversos aspectos envolvidos no seu processo de adoecimento;
- II. redução da lacuna assistencial: ao SUS cabe a tarefa de garantir o acesso a ações e serviços de saúde mental, compatíveis com as demandas dos usuários de álcool e outras drogas;
- III. respeito e promoção dos direitos humanos e da inclusão social: os usuários de álcool e outras drogas devem ser tratados com dignidade e respeito e a eles deve ser garantido o real acesso ao direito à saúde, ao bem-estar físico e mental, ao tratamento de qualidade, à moradia, à cultura, entre outros;
- IV. enfrentamento do estigma: deve haver uma dimensão política de enfrentamento do estigma associada a toda e qualquer ação proposta para a população usuária de álcool e outras drogas, tendo em vista que o acesso ao cuidado tem importantes barreiras sociais, oriundas da compreensão ainda existente de que a estes cidadãos devem ser ofertadas somente políticas repressivas. O estigma se manifesta também pela desconfiança dos usuários em relação ao acolhimento e cuidado oferecidos pelo Estado;
- V. garantia de acesso a um tratamento de eficácia comprovada: na discussão de modelos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas é preciso incorporar as pesquisas e avaliações que vêm sendo feitas no país e no exterior, que apontam as melhores estratégias, eficazes e custo-efetivo, de cuidado para essa população;
- VI. reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e dos padrões de consumo: as políticas públicas voltadas para os usuários de álcool e outras drogas devem levar em conta a estreita ligação entre a dinâmica social e os processos de adoecimento;
- VII. garantia do cuidado em rede, no território, e de atenção de base comunitária: o cuidado integral aos usuários de álcool e outras drogas deve ser garantido em uma rede diversificada de ações e serviços de saúde mental, de base comunitária e territorial;
- VIII. priorização de ações para crianças, adolescentes e jovens em situações de vulnerabilidade: há uma tendência de uso de álcool e outras drogas cada vez mais cedo nessa população, além das altas prevalências de uso de álcool e drogas entre jovens. Esta situação apresenta-se mais grave quando se considera também o impacto das consequências danosas do álcool e do *crack*, por exemplo, na vida afetiva, familiar e social, além dos prejuízos à saúde nessa população;
- IX. enfoque intersetorial: o cuidado à saúde mental da população infanto-juvenil tem sempre caráter multidisciplinar e intersetorial. As ações de atenção integral à crianças e adolescentes não

se desenvolvem somente no campo das ações clínicas, mas se relacionam com as questões da família, da comunidade, da escola, da moradia, do trabalho, da cultura, além dos grandes problemas sociais do mundo contemporâneo - como o tráfico de drogas e a violência;

- X. qualificação das redes de saúde: devem ser ampliadas as ofertas de capacitação e fortalecidos os processos de formação permanente e supervisão para profissionais que lidam com essa população, de acordo com as demandas identificadas; e
- XI. adoção da estratégia de redução de danos: este deve ser um norte ético de todo e qualquer serviço do SUS, que deve reduzir os danos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, especialmente relacionados à saúde, mas não exclusivamente. Trata-se de uma diretriz que toma como base as condições e possibilidades do usuário do SUS, em vez de partir do que os serviços oferecem.

3.3. Serviços de Saúde na Área de Álcool e Drogas

Segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a rede de proteção a usuários de álcool e outras drogas deve ser dimensionada, na ausência de outros critérios epidemiológicos locais que demonstrem a necessidade de organização de forma diversa, segundo o modelo a seguir:

- **Municípios até 20.000 habitantes** - rede básica com ações de saúde mental + NASF 3 (Núcleo de Apoio à Saúde da Família 3) + referência hospitalar regional + suporte social

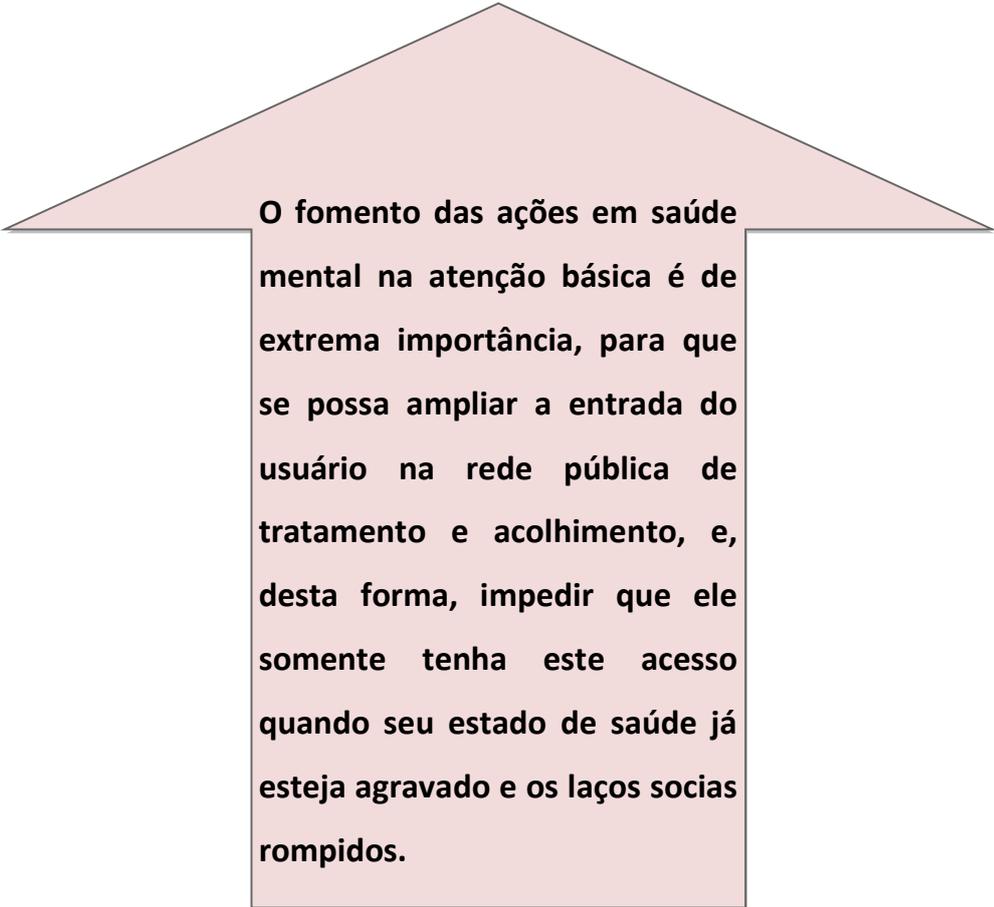
- **Municípios entre 20 a 70.000 habitantes** - CAPS I + rede básica com ações de saúde mental + NASF 1 ou 2 (de acordo com a densidade populacional por KM²) + referência hospitalar regional + suporte social

- **Municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes** - CAPS II + CAPS AD + rede básica com ações de saúde mental + NASF 1 + SRH AD (serviço de referência hospitalar AD) + suporte social

- **Municípios com mais de 200.000 habitantes** - CAPS II + CAPS III + CAPS AD + CAPSi + rede básica com ações de saúde mental + SRH AD (serviço de referência hospitalar AD) + suporte social

- **Rede de Atenção Básica**

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.197, de 14/10/2004, o componente da atenção básica refere-se à atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas em: a) unidades básicas de saúde; b) ambulatórios não-especializados; c) Programa Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde; d) outros dispositivos de cuidados possíveis no âmbito da atenção básica.



O fomento das ações em saúde mental na atenção básica é de extrema importância, para que se possa ampliar a entrada do usuário na rede pública de tratamento e acolhimento, e, desta forma, impedir que ele somente tenha este acesso quando seu estado de saúde já esteja agravado e os laços sociais rompidos.

A estratégia do cuidado na atenção básica deve ter como principais características:

- **atuação articulada** ao restante da rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, bem como à rede de cuidados em saúde mental, devendo ainda ser implicada a rede de cuidados em DSTs/AIDS;
- atuação e **inserção comunitárias** em maior nível de capilaridade para ações, como detecção precoce de casos de uso nocivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, de forma articulada a práticas terapêuticas/preventivas/educativas, tais como aconselhamento breve e intervenções breves voltadas para a redução ou o cessar do consumo, contemplando ainda o encaminhamento precoce para intervenções mais especializadas, ou para a abordagem de complicações clínicas e/ou psiquiátricas decorrentes de tal consumo;
- adoção da lógica da **redução de danos**, que é estratégica para o êxito das ações desenvolvidas por essas unidades.

Neste contexto, os **Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF** se colocam como instrumento essencial para atenção integral à saúde mental na atenção básica de Municípios, conforme prevê a Portaria MS n. 154/08, que prevê a contratação de equipes multiprofissionais composta inclusive por profissionais da saúde mental, como médico psiquiatra e psicólogo, destinadas ao suporte das equipes de saúde da família nas ações em saúde mental desenvolvidas na atenção básica.

Em municípios cujo porte populacional não ultrapasse a 20.000 (vinte mil) habitantes, prevê-se a

necessidade de criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Modalidade 3 – NASF 3 para atenção integral à saúde mental, prioritariamente a usuários de crack, álcool e outras drogas na atenção básica, conforme prevê a Portaria MS n. 2843/2010.

Diante de sua atuação capilarizada na comunidade, através de visitas domiciliares e cadastramento de usuários do SUS, as **Equipes de Saúde da Família**, hoje inseridas na política de atenção básica dos municípios, é instrumento fundamental para a **prevenção e acompanhamento dos casos de saúde mental**, inclusive em álcool e outras drogas. O NASF e o CAPSad entram atores principais desta articulação. **Verificada a falta desta articulação, sugere-se que o Promotor de Justiça busque perante o gestor da política a sua necessária intersectorialidade, sem a qual a atenção integral ao usuário não será alcançada.**

• **Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPSad**

São serviços para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte. Funcionam durante o dia, e, de forma geral, têm as mesmas características dos CAPS II, somadas às seguintes:

- Coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- Manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

Quanto às atividades, são elas semelhantes a dos outros CAPS incluindo-se atendimento para desintoxicação. Quanto aos recursos humanos, são estes similares àqueles do CAPS II, sendo incluído um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas.

No Artigo 5º da Portaria GM 336/02 é estabelecido que os CAPS I, II, III, e CAPS ad deverão estar capacitados para o **acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva**, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. No Parágrafo único deste artigo, define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor.

Os CAPSad devem oferecer atendimento diário, sendo capazes de oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua, e desenvolvendo uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre

outros), até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Também devem oferecer condições para o repouso dos usuários de serviços, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem deste tipo de cuidados, e que não demandem por atenção clínica hospitalar.

A política de atenção a álcool e outras drogas prevê, ainda, a constituição de uma rede que articule os CAPSad e os leitos de atenção integral em hospitais gerais (para desintoxicação e outros tratamentos).

Assim, a rede proposta se baseia nestes serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, discussão comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos. Os CAPSad atuam, portanto, de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde como ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

São objetivos dos CAPSad junto à comunidade:

- Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
- Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
- Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
- Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados (é importante salientar que a criação do Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHR-ad), não exclui a obrigatoriedade da existência de leitos para desintoxicação e repouso, nos CAPSad - conforme Portaria nº 336/02, do Ministério da Saúde);
- Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
- Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;
- Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
- Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.

Para definir as suas estratégias de atuação, um CAPSad deve considerar obrigatoriamente que a

atenção psicossocial a pacientes que apresentam uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas deve ocorrer articulada a rede de suporte social. Desta forma, poderá organizar em seu território de atuação os serviços e iniciativas que possam atender às múltiplas necessidades dos usuários de serviços, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos.

Salientamos que a Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde nº 384, de 05 de julho de 2005, diante da necessidade de potencializar a atenção a dependentes de álcool e outras drogas em municípios de pequeno porte, e considerando a urgência na ampliação da oferta de atendimentos para dependentes de álcool e outras drogas, autoriza os Centros de Atenção Psicossocial I – CAPS I a realizarem procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

O CAPSad tem a responsabilidade de organizar a rede local de serviços de atenção a usuários de álcool e drogas de seu território de atuação, a saber:

- 1. Quando é a porta de entrada da rede de atenção a usuários de álcool e drogas, em sua área de atuação;**
- 2. Quando o gestor local indica a unidade para coordenar as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas;**
- 3. Deve ainda supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental, no âmbito de seu território;**
- 4. Deve também manter listagem atualizada dos pacientes que, em sua região de abrangência, utilizem medicamentos para a saúde mental.**

● **Internações hospitalares**

A atenção hospitalar deve apoiar os casos graves de dependência de álcool e outras drogas, no que diz respeito a situações de urgência/emergência e de internações de curta duração que se fizerem necessárias ao manejo terapêutico de tais casos.

Nos **Hospitais Gerais**, conforme a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.197, de 14/10/2004, o componente da atenção hospitalar de referência define que os **Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outra Drogas – SHR-ad**, que terão como objetivos:

- compor a rede de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, participando do sistema de organização e regulação das demandas e fluxos assistenciais em área geográfica definida;
- compor, na rede assistencial, a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas;
- atuar respeitando as premissas do SUS e a lógica territorial, salvo em casos de ausência de recursos assistenciais similares, onde a clientela atendida poderá ultrapassar os limites territoriais previstos para a abrangência do serviço;

- dar suporte à demanda assistencial caracterizada por situações de urgência/emergência que sejam decorrentes do consumo ou abstinência de álcool e/ou outras drogas, advindas da rede dos Centros de Atenção Psicossocial para a Atenção a Usuário de Álcool e outras Drogas (CAPSad), da rede básica de cuidados em saúde (Programa Saúde da Família, e Unidades Básicas de Saúde), e de serviços ambulatoriais especializados e não-especializados);
- oferecer suporte hospitalar, por meio de **internações de curta duração** para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais para as quais os recursos extra-hospitalares disponíveis não tenham obtido a devida resolutividade, ou ainda em casos de necessidade imediata de intervenção em ambiente hospitalar, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima e curta permanência (ou seja, de 24 a 48 horas, para casos de intoxicação aguda; de 3 a 7 dias, para tratamento da síndrome de abstinência do álcool; e de 3 a 15 dias, para tratamento de dependência do álcool, com a presença de intoxicação aguda com evolução para a instalação de síndrome de abstinência grave, ou ainda outros quadros de síndrome de abstinência seguidos por complicações clínicas, neurológicas e psiquiátricas);
- oferecer abordagem, suporte e encaminhamento adequado aos usuários que, mediante avaliação geral, evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica; e

Os Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas foram estabelecidos pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.612, de 09/09/2005. A Portaria estabelece que as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde deverão adotar as medidas necessárias à organização/habilitação/cadastramento das unidades SHR-ad. de acordo com as prioridades abaixo estabelecidas:

- I. regiões metropolitanas;
- II. municípios acima de 200.000 habitantes;
- III. municípios que já possuam CAPSad em funcionamento; e
- IV. municípios onde já esteja implantado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/1921”.

Os recursos referentes ao impacto financeiro da referida Portaria deverão ser disponibilizados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, à medida que forem sendo habilitados/credenciados os Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHR-ad.

É muito importante que se evite a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais ou clínicas psiquiátricas, diante da necessidade de atenção e estrutura específicas para este problema. Desta forma, no caso da propositura de demanda que busque a internação compulsória do usuário, é importante que o Promotor de Justiça conheça o perfil da unidade na qual se fará a internação. Importante que seja um leito de referência para tratamento de usuários AD (álcool e outras drogas), ainda que em hospitais gerais. Repita-se: hospitais psiquiátricos, pelas suas peculiaridades, não são o ambiente adequado para o tratamento de dependentes químicos.

Ainda que não exista hospital instalado no município, a rede de atenção deve contar com o componente hospitalar através de **mecanismos formalmente definidos de referência e contra-referência**, que incluam as redes regionais de urgência/emergência, de atenção psicossocial e de proteção social.

Os SHR-ad deverão contemplar em seu **projeto técnico** as seguintes atividades:

- avaliação clínica, psiquiátrica, psicológica e social, realizada por equipe multiprofissional, devendo ser considerado o estado clínico/psíquico do paciente;
- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- atendimento em grupo (psicoterapia, orientação, atividades de suporte social, entre outras);
- abordagem familiar, a qual deve incluir orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em dispositivos extra-hospitalares;
- quando indicado, integração com programas locais de redução de danos, ainda durante a internação;
- preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo obrigatoriamente a sua referência para a continuidade do tratamento em unidades extra-hospitalares da rede local de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (CAPSad, ambulatórios, UBS), na perspectiva preventiva para outros episódios de internação;
- mediante demandas de ordem clínica específica, estabelecer mecanismos de integração com outros setores do hospital geral onde o SHR-ad estiver instalado, por intermédio de serviços de interconsulta, ou ainda outras formas de interação entre os diversos serviços do hospital geral;
- deve ser garantida a remoção do usuário para estruturas hospitalares de maior resolutividade e complexidade, devidamente acreditados pelo gestor local,

quando as condições clínicas impuserem tal conduta;

- utilização de protocolos técnicos para o manejo terapêutico de intoxicação aguda e quadros de abstinência decorrentes do uso de substâncias psicoativas, e complicações clínicas/psíquicas associadas;
- utilização de protocolos técnicos para o manejo de situações especiais, como por exemplo a necessidade de contenção física; e
- estabelecimento de protocolos para a referência e contra-referência dos usuários, o que deve obrigatoriamente comportar instrumento escrito que indique o seu destino presumido, no âmbito da rede local/regional de cuidados.

Os leitos de atenção integral são recursos de hospitalidade e de acolhimento noturno articulados à rede de atenção à saúde mental: leitos de Hospitais Gerais, de CAPS III, das emergências gerais, dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas

São articulados em rede, mas podem estar associados aos leitos de hospitais psiquiátricos de pequeno porte, quando existirem.

Esses leitos devem ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise e devem estar articulados com outros dispositivos de referência para o paciente. Para tanto, é preciso investimento dos gestores.

Os leitos de atenção integral em saúde mental são um componente essencial da porta de entrada da rede assistencial e um mecanismo efetivo de garantia de acessibilidade.

Para estimar a **quantidade necessária de leitos de atenção integral** em saúde mental, o Ministério da Saúde adotou os parâmetros contidos nas “Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde”. Nessas diretrizes, os contextos locais de rede fazem diferença:

a) Onde existir uma rede de atenção integral efetiva, o parâmetro de cobertura pode variar de 0.1 a 0.16 leitos de atenção integral por 1.000 habitantes. Uma rede efetiva é aquela composta por diversos dispositivos: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de residência terapêuticas, Programa de Volta Para Casa, ações de saúde mental na atenção básica, ambulatórios, leitos em hospitais gerais, e tudo o que for capaz de efetivamente controlar a porta de entrada das internações.

b) Onde existir uma rede com baixa resolutividade, o parâmetro de cobertura é de até 0.24 leitos de atenção integral por 1.000 habitantes.

- **Consultórios de Rua**

Além da incorporação de profissional especializados em álcool/drogas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, a Portaria GM/MS 1.190/2009 (dispõe sobre o PEAD 2009-2010) prevê a implantação de Consultórios de Rua, a fim de expandir o atendimento domiciliar e territorial.

O Consultório de Rua é uma estratégia de ampliação do acolhimento e acesso para usuários de drogas, em situação de vulnerabilidade social. Funcionam com equipes volantes multiprofissionais, compostas por integrantes da Saúde Mental, Atenção Básica e Assistência Social. Estas equipes fazem a primeira abordagem com os usuários e oferecer ações de promoção, prevenção e cuidados básicos em saúde. Estabelecido o vínculo, o Consultório de Rua pode encaminhar as pessoas para uma equipe de Saúde da Família que atenda nas proximidades do local, ou, a depender do caso, para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas CAPS-ad, para que ele receba o apoio adequado.

Considerando que vários municípios do Estado do Rio de Janeiro, estão entre os prioritários para implantação do PEAD (anexo I da Portaria MS n. 1.190/2009), é de suma importância que a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil articule com estes municípios o desenvolvimento das ações previstas no PEAD de ampliação do acesso aos usuários na rede, inclusive com a implantação dos consultórios de rua.

Os Consultórios de Rua constituem uma modalidade de atendimento extramuros, dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados dos serviços de saúde e intersetorialidade. Correspondem a uma estratégia capaz de garantir um mínimo de chance de acessibilidade dessas pessoas à rede de cuidados ampliados, já que, com muita frequência, tais usuários sequer chegam às unidades e instâncias mais formais e tradicionais de tratamento. Sua estrutura de funcionamento deve contar com uma equipe volante mínima, com formação multidisciplinar e constituída por profissionais da saúde mental, da atenção básica, de pelo menos um profissional da assistência social, sendo estes: médico, assistente social, psicólogo, outros profissionais de nível superior, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais. Além desses, eventualmente, poderá contar com oficinairos que possam, estrategicamente, desenvolver atividades de arte-expressão. Para o desenvolvimento de suas atividades, necessita de carro tipo perua (“van”), usado para fazer o deslocamento da equipe profissional e dos materiais necessários à realização das ações. O carro, além de transportar a equipe e os insumos, tem a função de se constituir como referência para os usuários.

Considerando o fato de que, em muitos locais escolhidos para a intervenção, a população alvo é flutuante, é necessário que se estabeleça um local, dia e hora para os encontros, mantendo-se a regularidade da presença da equipe de forma constante, de modo a criar uma referência e tornar os contatos mais acessíveis para os usuários. Deve manter articulação permanente da rede de saúde e intersetorial, visando à sensibilização dos serviços e profissionais da rede para o acolhimento com qualidade aos usuários de drogas em situação de rua, bem como servindo de arrojado instrumento de prevenção a uma série de agravos à saúde, ao estigma e exclusão social.

• Casas de Acolhimento Transitório – CAT’s

Os editais para implantação das Casas de Acolhimento Transitório – CAT’s foram lançados nacionalmente no final do ano de 2010 (Edital 003/2010/GSIPR/SENAD/MS e Portaria GM/MS 4132 de 17 de dezembro de 2010) e contemplam um co-financiamento (verba de incentivo e de custeio de doze

meses) aos Municípios que se candidataram e apresentaram projetos regionalizados.

As CAT's constituem-se numa das estratégias de abrigamento diferenciado ao usuário de drogas, mais uma dentre várias ações propostas a partir o **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (Decreto 7179 de 20 de maio de 2010)**. São equipamentos administrados pela Saúde, em parceria com a Assistência Social, cujas indicações de abrigamento deverão passar pelo aval técnico da equipe de saúde mental / programa de álcool e drogas e infanto-juvenil locais. Seu diferencial e finalidade precípua deve ser atender às demandas do próprio município, evitando que os usuários de droga sejam deletariamente afastados de seu território e referências sócio-familiares, encaminhados para locais afastados, aumentando o estigma, segregação e a dificuldade de reinserção. Já no momento do abrigamento, deve ser constituído um **projeto terapêutico individualizado**, que inclua obrigatoriamente a família, a participação em atividades lúdicas/psicoterapêuticas, e a garantia de oferta e acesso à rede de saúde, bem como de programação o mais precocemente possível da alta e retomada da vida em comunidade, de modo a não produzir indivíduos apartados da vida em sociedade.

Há três **modalidades de CAT**, conforme algumas especificidades, idade e número de vagas disponíveis: CAT I (até dez leitos), CAT II (até 20 leitos) e CAT-i / Infanto-Juvenil (com até 12 leitos).

Em consonância com a política nacional de enfrentamento ao uso de crack, que tem por base a intersectorialidade de ações entre as áreas de assistência social e de saúde, são requisitos para a implementação dos CATs a existência de: CRAS, CREAS, CAPSi ou CAPS ad que desenvolvam ações com crianças e adolescentes, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e SAMU.

• Comunidades Terapêuticas

São entidades privadas que se dedicam ao tratamento e recuperação de usuários de álcool e outras drogas, regime de residência. Muitas mantêm contrato ou convênio com o poder público e recebem verbas públicas para a prestação deste serviço.

Todas as comunidades terapêuticas precisam ter licença da autoridade sanitária local para seu funcionamento regular. Além disso, as instalações prediais necessitam de aprovação pelo Poder Público.

A ANVISA aprovou a Resolução RDC nº29, publicada no dia 1º de julho de 2011, que trata das Comunidades Terapêuticas, em substituição à anterior Resolução RDC nº 101/2001. Esta nova norma pretende regular um ambiente livre das drogas aos dependentes químicos. Principais pontos da Norma:

- As instituições deverão manter um responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação;
- Ficha individual para cada interno contendo o registro periódico do atendimento dispensado;
- Vedada a admissão de pessoas cuja situação requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição;

- As instituições devem explicitar em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do residente na instituição;
- As instituições devem garantir atendimento às famílias;
- As instituições devem garantir a permanência voluntária

• Redução de Danos

Segundo preconiza o Ministério da Saúde, a lógica da redução de danos contempla um conjunto de medidas de saúde que buscam minimizar as conseqüências do uso e da dependência de substâncias psicoativas, bem como diminuir o risco de infecção por hepatites e HIV. O uso destas medidas permite que sejam elaborados projetos terapêuticos mais flexíveis e de menor exigência, adequados às necessidades de cada usuário dos serviços.

Assim, a política de redução de danos deve estar pautada nas seguintes ações:

- ampliar o acesso aos serviços de saúde, especialmente dos usuários que não têm contato com o sistema de saúde, por meio de trabalho de campo;
- distribuir insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas;
- elaborar e distribuir materiais educativos para usuários de álcool e outras drogas informando sobre formas mais seguras do uso de álcool e outras drogas e sobre as conseqüências negativas do uso de substâncias psicoativas;
- ampliar o número de unidades de tratamento para o uso nocivo de álcool e outras drogas;
- implementar outras medidas de apoio e orientação, com o objetivo de modificar hábitos de consumo e reforçar o auto-controle.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.028, de 1º/07/2005, define que as ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, devem compreender uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde, listadas a seguir, para que sejam praticadas respeitando as necessidades do público alvo e da comunidade:

- informação, educação e aconselhamento, sendo que tais ações devem, necessariamente, ser acompanhadas da distribuição dos insumos destinados a minimizar os riscos decorrentes do consumo de produtos, substâncias e drogas que causem dependência;
- assistência social e à saúde; e
- disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites.

Estabelece ainda que as ações de informação, educação e aconselhamento tenham por objetivo o estímulo à adoção de comportamentos mais seguros no consumo de produtos, substâncias ou

drogas que causem dependência, e nas práticas sexuais de seus consumidores e parceiros sexuais, tendo como conteúdos:

- informar sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;
- desestimular o compartilhamento de instrumentos utilizados para consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;
- orientar sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda (“overdose”);
- prevenir as infecções pelo HIV, hepatites, endocardites e outras patologias de padrão de transmissão similar;
- orientar a prática do sexo seguro;
- divulgar dos serviços públicos e de interesse público, nas áreas de assistência social e de saúde; e
- divulgar os princípios e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal e nas declarações universais de direitos.

Define ainda que as **ações de redução de danos** devam ser desenvolvidas em **todos os espaços de interesse público em que ocorra ou possa ocorrer o consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência**, ou para onde se reportem os seus usuários, incluindo o âmbito do **sistema penitenciário**, das **cadeias públicas**, dos **estabelecimentos educacionais destinados à internação de adolescentes**, dos **hospitais psiquiátricos**, dos **abrigos**, dos estabelecimentos destinados ao tratamento de usuários ou dependentes ou de quaisquer outras instituições que mantenham pessoas submetidas à privação ou à restrição de liberdade.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.059, de 04/07/2005, destina **incentivo financeiro** para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSad, estabelecendo como **condições indispensáveis** para que os municípios ou estados e Distrito Federal habilitem-se ao recebimento do referido incentivo:

- Existência de CAPSad cadastrado no município a ser beneficiado;
- População do município superior a 100.000 habitantes.

Alguns municípios do Estado do Rio de Janeiro foram contemplados, no ano de 2011, com incentivos do governo federal para implantação de **Escolas de Redutores de Danos**, quais sejam: **Itaboraí, Macaé, Niterói**.

Trata-se de dispositivo de qualificação da rede de serviços, por meio da capacitação teórica e prática de segmentos profissionais e populacionais da comunidade, que atuarão na rede de atenção substitutiva em saúde mental, com a oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários, intra ou extramuros, que superem a abordagem única de abstinência.

3.4. Sugestão de quesitos para o diagnóstico da rede de saúde mental dos municípios

1. *Como está constituída a Rede de Saúde Mental Local?*
2. *Quais e quantos são os Equipamentos? Há Ambulatórios/CAPS/Centros de Convivência/Serviços Residenciais Terapêuticos/Hospital Psiquiátrico?*
3. *Há um Programa de Saúde Mental para o Município? Caso positivo, quando foi atualizado pela última vez?*
4. *Há uma Coordenação ou Colegiado de Saúde Mental Locais?*
5. *Qual o fluxo de encaminhamento em caso de demanda por atendimento Psiquiátrico/Saúde Mental? Há Porta(s) de Entrada (1), Grupo(s) de Primeira Vez, de Triage ou de Recepção (2)?*
6. *Em situações de Crise, Surto ou Agudização Sintomática, como é feita a remoção do paciente? Via SAMU, Corpo de Bombeiros ou outro (Qual)? Está funcionando a contento?*
7. *Como é feito o encaminhamento e qual o fluxo / protocolo local em caso de indicação de Internação (seja Voluntária/Involuntária ou Compulsória)? Em qual(is) Unidade(s) de Saúde é feita a avaliação dessa indicação de Internação?*
8. *Há Unidades Internantes (públicas ou particulares / contratadas e conveniadas com o SUS) no próprio Município ou é feita transferência para cidade próxima? Qual? Especifique as unidades de referência para internação.*
9. *Quanto à Equipe Técnica Multidisciplinar: Quantos são e quais são os técnicos profissionais? Há Psiquiatras na equipe? Têm os profissionais formação, especialização ou alguma capacitação em Saúde Mental? A equipe mínima atende às exigências do Min. da Saúde (3)?*
10. *As internações e vagas em Psiquiatria estão sob o controle e monitoramento de alguma Central de Regulação⁽⁴⁾ (do Estado, Região ou do próprio Município)? Qual?*
11. *Há algum Programa / Equipe específicos voltados para Crianças e Adolescentes?*
12. *Onde são internadas ou para onde são encaminhadas crianças que prescindem de hospitalização psiquiátrica? E aquelas que se encontram em situação de Risco ou Vulnerabilidade Social? Há algum tipo de Convênio com Abrigos Locais da Prefeitura ou Entidade Filantrópica / Religiosa ou Conveniada afim?*
13. *Há algum Programa / Equipe específicos voltados para Usuários de Álcool ou Outras Drogas descrito no Programa de Saúde Mental do Município?*
14. *Foi feita capacitação de profissionais da rede municipal de atenção integral à assistência e saúde de usuários de crack ou outras drogas e suas famílias? Especificar o Centro de Referência ou entidade equivalente de formação de profissionais, bem como o período.*
15. *Qual o fluxo de encaminhamento para usuários de álcool ou outras drogas que necessitem de tra-*

tamento? São unidades específicas para o tratamento de usuários, ou são unidades para internação de pacientes psiquiátricos, de uma forma geral? Neste caso, há estrutura física, pessoal treinado e protocolos clínicos específicos nessas referidas unidades para tratamento de usuários?

16. Há projeto em andamento para implantação de equipamento tipo CAT – Casa de Acolhimento Transitório, ou algum tipo de Convênio com Abrigos Locais da Prefeitura ou Entidade Filantrópica / Religiosa ou Conveniada afim?

17. Há Comunidades Terapêuticas destinadas a usuários de álcool e outras drogas? Há licenciamento emitido pela autoridade sanitária para o funcionamento destes serviços? Foram, recentemente, vistoriados para adequação ao Regulamento Técnico descrito na RDC n. 101/01 da ANVISA? São, de qualquer forma, subvencionadas pelo Município ou pelo SUS? Especificar.

18. Onde são internados ou para onde são encaminhados idosos apresentando sintomas psiquiátricos em função de Quadros / Síndromes Demenciais⁽⁵⁾ e em situação de Risco, Vulnerabilidade Social ou Abandono? Há algum tipo de Convênio com Abrigos Locais da Prefeitura ou Entidade Filantrópica / Religiosa ou Conveniada afim?

19. Há leitos integrais⁽⁶⁾ disponíveis em Hospital Geral Local ou referenciado ou algum outro fluxo de encaminhamento em situações de co-morbidade clínica em paciente psiquiátrico, bem como nos casos de usuários de álcool e outras drogas (criança, adulto ou adolescente) em situação de intoxicação ou abstinência⁽⁷⁾?

20. A Secretaria de Saúde / Programa de Saúde Mental e Álcool e Drogas desenvolve algum tipo de ação transversalizada⁽⁸⁾ (Atenção Básica / Estratégia de Saúde da Família) e que convoque também a Intersetorialidade (demais Secretarias, Assistência Social, Clínicas de Reabilitação, Conselho Tutelar, Conselho de Atenção às Drogas ou outros Conselhos Municipais, Justiça, Educação, entre outros)? Caso positivo, é possível indicar o número de pacientes psiquiátricos e usuários em acompanhamento conjunto com a Estratégia da Saúde da Família?

21. Há Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF implantados no Município? Quantos e a quantas equipes de saúde da família estão vinculados cada um deles? Integram o(s) NASF(s) profissionais da área de saúde mental, conforme preconizado na Portaria GM/MS n. 154/08?

22. A Coordenação de Saúde Mental ou Secretaria Municipal de Saúde dispõe de algum tipo de Indicador, voltado para monitorar a efetividade das ações e para estabelecer metas de gestão e planejamento em saúde mental (por exemplo: a) taxa de habitantes – pacientes psiquiátricos em uso de benefício “De Volta Para Casa”⁽⁹⁾; b) municípios em atendimento regular em CAPs ou Ambulatórios; c) Taxa de Abandono ou Baixa Aderência ao Tratamento; d) Redução da Taxa de Internações / Re-internação, com indicação do efetivo sucesso na substituição do asilamento estrito pelo atendimento psicossocial; número de pacientes)?

23. Como é feita a distribuição de psicofármacos / medicamentos psicotrópicos (controlados) utilizados pelos Usuários da Saúde Mental? O fornecimento é regular? Atende à demanda local? Há uma “cesta básica” mínima, para a qual a Prefeitura Local assuma a compra e distribuição dos respectivos medicamentos?

24. Há algum Programa Específico para pacientes em longo tempo de internação psiquiátrica ou recém desospitalizados (Programa de Desinstitucionalização), e que perderam seus vínculos sócio-fami-

liares? Estas pessoas são monitoradas pela equipe local quanto ao Projeto Terapêutico⁽¹⁰⁾ ou condições pós-alta? Quantos são moradores de Residências Terapêuticas?

25. O Município / a Equipe de Saúde Mental local realiza Fóruns Temáticos Regulares (Ações e Cuidados voltados para Crianças e Adolescente, Álcool e Outras Drogas, Atenção à Crise, Reinserção Social e Geração de Trabalho e Renda, entre outros)? Houve alguma Conferência recente (de Saúde e / ou Saúde Mental) que discutiu, deliberou e produziu algum documento com Propostas Específicas para o Setor e que poderiam nortear os próximos passos, as prioridades e o planejamento do Gestor Local?

26. Há Consultórios de Rua implantados pelo Município? (Apenas para Municípios com mais de 300 mil habitantes) Quantos? Como é composta a equipe multiprofissional? Foi fixada programação de dia, horário e local para funcionamento dos Consultórios de Rua? Quais atividades vem sendo desempenhadas?

27. Há Conselho Municipal Anti-Drogas criado por lei e implantado? Quais atividades são desempenhadas? Solicitar cópia da lei e das atas de reuniões mais recentes.

Referências Complementares:

(1) – **Portas de Entrada:** Trata-se de Unidades de Saúde que dispõe de leitos, em geral transitórios (comumente, mas não obrigatoriamente) localizados em Emergências / PU's - Postos de Urgências Clínicas), nos quais os pacientes psiquiátricos com indicação de internação são submetidos a uma avaliação inicial e aguardam transferência para alguma unidade internante conveniada (hospital psiquiátrico público ou clínica particular), a partir da indicação da Central de Regulação correspondente.

(2) – **Grupo de Primeira Vez, de Triagem ou Recepção:** São modalidades de acolhimento (para pacientes novos ou não) a partir de demanda espontânea da população ou encaminhamentos (por exemplo, Ficha de Referência e Contra-Referência) e que podem funcionar em Ambulatórios ou Caps, Policlínicas Comunitárias ou Unidades Mistas de Saúde e Atenção Básica. Devem prestar-se a fazer uma abordagem inicial de pacientes em potencial ou familiares que solicitam alguma orientação, informação ou agendamento para avaliação ou tratamento psiquiátrico / psicológico, em geral não se tratando de urgências ou emergências.

(3) - **Portaria GM 336 de 19/02/2002**, que trata da constituição dos Centros de Atenção Psicossocial - Caps)

(4) – **Centrais de Regulação / CREG's:** Correspondem a Dispositivos e Equipes de Controle da Distribuição de Vagas em Psiquiatria. Prestam-se a autorizar, regular e indicar aos profissionais das Portas de Entrada Locais os leitos disponíveis por território / região. No Município do Rio, por exemplo, tal controle é feito pelo Sistema SISREG do Ministério da Saúde. Uma vez acessados por meio de senha própria e pessoal autorizado, são capazes de fornecer relatórios atualizados, taxas e intervalos de ocupação de leitos, entre outros dados.

(5) – **Quadros / Síndromes Demenciais:** Correspondem a situações clínicas nas quais, apesar de franca alteração do juízo crítico e discernimento, o substrato patológico se deve a uma alteração marcadamente neurológica: degeneração cérebro-vascular, demências as mais variadas, doença de alzheimer ou outras demências, antigamente conhecidas por quadros senis, seqüelas de ave's, entre outros) e

para os quais uma enfermaria de pacientes estritamente psiquiátricos agudizados não é o melhor lugar, demandando local e pessoal especializado.

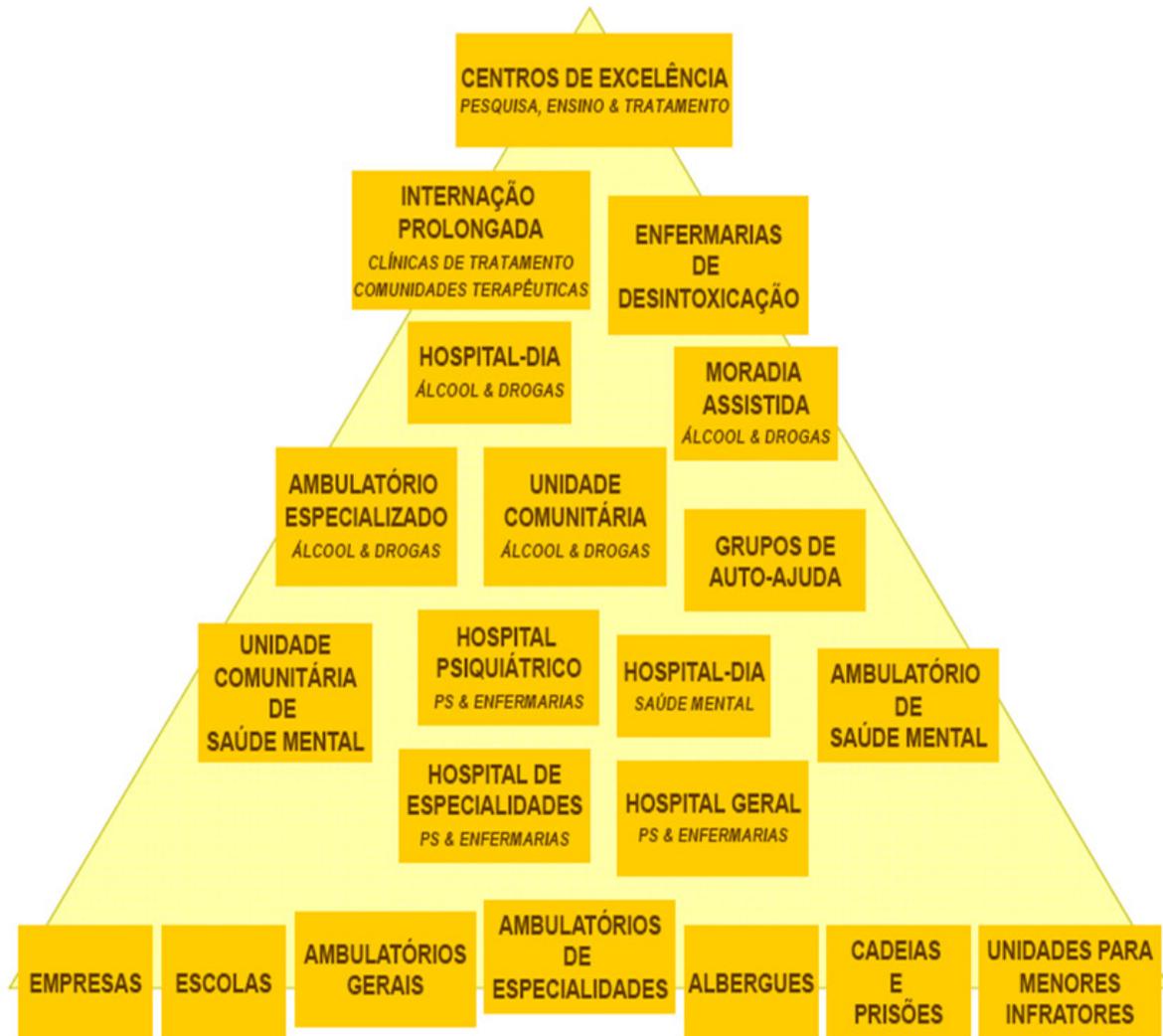
(6) – **Leitos de Atenção Integral no Hospital Geral:** Tais leitos devem ofertar o acolhimento e acessibilidade ao usuário em crise e devem estar articulados com outros dispositivos de referência para o paciente. A implantação desses leitos de atenção integral em saúde mental em hospitais gerais é citada na Portaria 1.190, de 4 de junho de 2009.

(7) – **Co-morbidades clínicas / intoxicação e síndrome de abstinência:** Um transtorno psiquiátrico não exclui a possibilidade de outras alterações na esfera orgânica, demandando intervenções clínico-cirúrgicas outras para as quais uma unidade estritamente psiquiátrica não tem como conduzir de modo satisfatório (por exemplo, um paciente esquizofrênico com sintomatologia de descompensação cardíaca, infarto, “derrame”, grave infecção, apendicite, fratura etc). Da mesma forma, usuários de álcool e outras drogas apresentando quadro de grave intoxicação aguda ou síndrome de abstinência, apresentam instabilidade orgânica e demandam abordagem clínica mais efetiva, só possível numa enfermaria com adequados recursos e suporte clínico. Não é incomum que o estigma ou a segregação aparte ambos os grupos (doente mental e usuário de drogas) de adequada avaliação e suporte em hospital geral.

(8) – A Atenção em Saúde Mental, por mais justas razões, em função de suas especificidades e peculiaridades clínicas (necessidade de reinserção e cuidado ampliado ao portador de transtorno psíquico), prescinde sejam efetivadas as propostas articuladas/integradas já preconizadas no modelo SUS. Assim, **transversalizar** ações significa que o paciente deverá ser atendido segundo uma lógica que agregue suas necessidades clínicas (Programa de Hipertensão, de Diabetes, por exemplo), ao tratamento psicológico, à necessidade de trabalho e renda, ao cuidado e orientação para com a família. Dessa forma, não só as instâncias da Saúde (Atenção Básica, Programa Médico de Família), mas também os parceiros da Intersetorialidade devem ser convocados a agregar suas práticas e saberes específicos numa abordagem o mais ampla possível; é a tal Rede de Cuidados Ampliados no Território.

(9) – **Portaria GM 2077 de 31/10/2003**, dispõe sobre a regulamentação da **Lei 10708 de 31/07/2003** e que, nos termos do art. 8º, define os usuários com direito ao Benefício “De Volta Para Casa”.

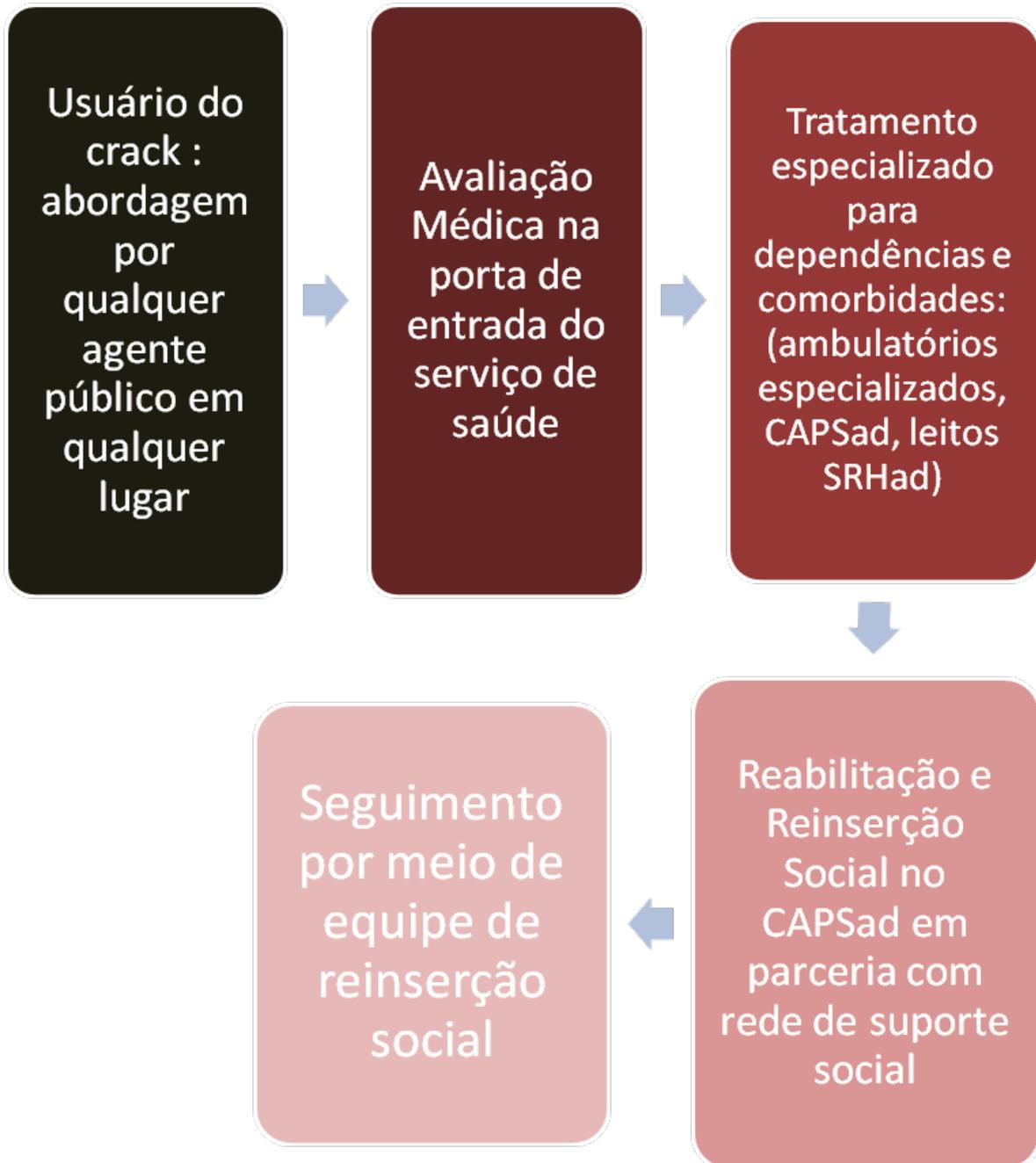
(10) - Denomina-se **Projeto Terapêutico** tanto o documento que se presta a definir e descrever qual o propósito clínico, as linhas de trabalho, protocolos e missão institucional de um determinado Dispositivo / Equipamento da Rede (por exemplo, um Caps), como também (e esse foi o caso aqui empregado) para o ‘Conjunto de orientações da Equipe Técnica de Referência, devidamente registradas no prontuário dos pacientes, quanto ao planejamento clínico-institucional para o seu caso em particular’. Este pode incluir, por exemplo, a posologia medicamentosa, os sinais de alerta em caso de crise e indicação de internação, a determinação da frequência com que o usuário deverá comparecer ao Serviço e de quais Oficinas poderá participar, bem como orientação à família e conduta e cuidados da equipe diante de situações críticas que, por ventura venham a ocorrer e que costumam ser pacuadas pela equipe multiprofissional quando da discussão clínica dos casos, nas reuniões semanais de Supervisão Clínico-Institucional.



Ambientes de tratamento posicionados de acordo com o nível de atenção à saúde ao qual estão destinados.

Fonte: Apresentação do Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira Professor Titular de Psiquiatria da UNIFESP, INPAD-CNPq, no ano de 2010, em São Paulo-SP

FLUXOGRAMA PARA USUÁRIO DE CRACK



3.5. Sugestão de indicadores locais para instrução de inquéritos civis e ações civis públicas

Diante da dificuldade de avaliação acerca da demanda local pela rede, e conseqüentemente acerca de sua suficiência e eficiência, sugere-se que sejam monitorados, através da interlocução com outras promotorias de justiça e órgãos públicos, os seguintes dados que poderão indicar as peculiaridades da realidade local:

- **Número de pessoas apreendidas por posse e uso de drogas no município;**
- **Número de denúncias propostas por tráfico de entorpecentes no município;**
- **Número de termos circunstanciados decorrentes de uso de entorpecentes;**
- **Número de apreensões de armas de fogo e outros instrumentos;**
- **Número de incidentes toxicológicos positivos ou negativos, com indicação de uso frequente ou abusivo de drogas;**
- **Número de atendimentos de emergência decorrentes de intoxicação ou abstinência por drogas pelo SAMU e hospitais.**
- **Número de procedimentos e medidas propostas pelas Promotorias que fazem a tutela individual do dependente químico em situação de risco**

3.6. Considerações sobre Saúde Mental e Drogadição de crianças e adolescentes

No tocante à proteção de crianças e adolescentes usuários de drogas, a Constituição da República e o Estatuto da Criança e do Adolescente estabeleceram importantes princípios, mas somente nos anos de 2001 e 2004 entraram em vigor normas federais específicas sobre a matéria.

O primeiro exercício necessário aos operadores de todas as disciplinas envolvidas na assistência e no cuidado aos usuários de drogas é a conciliação entre as normas federais relativas à saúde mental e as normas constitucionais e infraconstitucionais afetas a crianças e adolescentes.

A despeito de algumas polêmicas existentes nesse campo, alguns princípios são consensuais e pre- valentes, como o da proteção integral, que assegura, além dos direitos fundamentais garantidos a qualquer pessoa, oportunidades e facilidades na busca do desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social de crianças e adolescentes, em condições de liberdade e dignidade.

A diversidade de ações necessárias à concretização desses direitos e garantias impõe o concurso de

profissionais e setores no atendimento a crianças e adolescentes, configurando o que se tem chamado de “intersectorialidade” e “rede de atendimento”.

Contudo, apesar dos esforços da maioria dos profissionais envolvidos no atendimento direto, a construção da rede de atendimento vem se realizando de modo empírico, a partir dos casos concretos, faltando sistemática na implementação de uma política pública para o setor.

Por isso, uma medida importante a todos os atores do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente é o **conhecimento da rede de saúde mental existente e do fluxo para o atendimento de crianças e adolescentes usuários de drogas**, aí considerados todos os níveis de complexidade e, portanto, todos os dispositivos de saúde disponíveis, como por exemplo: emergências clínicas e psiquiátricas, SAMU, CAPS, CAPSi, CAPSad, Postos de Saúde, cobertura do Programa de Saúde da Família e o CATi.

Como é sabido, a implantação de unidades de atendimento na área de saúde mental tem como critério o porte do Município, especialmente o número de habitantes.

O CAPSi - serviço de atenção psicossocial específico no atendimento de crianças e adolescentes, consoante o item 4.4 da citada Portaria MS n. 336/02, tem como objetivo principal ser a porta de entrada e o ordenador da rede de políticas públicas de saúde mental direcionadas para a população infantojuvenil. O item 4.5 norteia as diretrizes de funcionamento do CAPSad, equipamento que atende pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

Quanto ao atendimento no setor da Saúde Mental, a Portaria nº 1.060/GM de 5 de junho de 2002 (Plano Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência) e o Plano de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro 2007/2010 prevêm que a assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência não deve ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo-lhe ser assegurado o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas.

Nesse sentido, visando garantir um atendimento adequado a crianças e adolescentes usuários de drogas é recomendável aos atores do Sistema de Garantia de Direitos, em especial aos Conselhos Tutelares, encarregados pelo ECA da aplicação de medidas a crianças e adolescentes, contato permanente com o Coordenador de Saúde Mental de cada Município.

Por intermédio desse contato, será possível a obtenção de dados referentes à rede de saúde mental existente no Município, como também a otimização dos encaminhamentos e a integração entre a rede de atendimento e os órgãos protetivos da infância e da adolescência.

Da mesma forma, é necessário conhecer a rede da assistência social, tanto para o acolhimento de crianças e adolescentes usuários de drogas que estejam com os vínculos familiares rompidos (equipes de abordagem, abrigos e/ou Programa Família Acolhedora – SUAS), quanto para o atendimento das famílias, através de programas de apoio que não se limitem à transferência de renda, com vistas a potencializar os detentores do poder familiar.

Visando buscar o atendimento adequado a crianças e adolescentes usuários de drogas, é fundamental a análise de alguns aspectos relevantes acerca de sua situação sociofamiliar.

Nesse sentido, é preciso avaliar os vínculos e o suporte familiar existente, bem como se o uso da droga vem impedindo o exercício de direitos fundamentais, como o convívio familiar e comunitário, a frequência à escola, a prática de esporte e o lazer, representando a droga o único interesse na vida da criança ou do adolescente.

A partir dessa análise, sugerem-se algumas diretrizes, considerados os diversos perfis de crianças e adolescentes:

- Usuário de drogas, **com suporte familiar** e em exercício de **direitos fundamentais**: pode ser atendido na rede de atenção básica, CAPSi, CAPSAd, com apoio à família através dos CREAS/CRAS e interlocução entre os órgãos.
- Usuário de drogas, **sem suporte familiar** (inclusive família extensa) e **em exercício de direitos fundamentais**: em tese, é cabível medida protetiva de acolhimento cumulada com cuidados de saúde mental especializados nos CAPS ou ambulatórios, com a busca da promoção da família. Caso o Município possua CATi, recomenda-se o encaminhamento da criança ou adolescente a tal equipamento, tendo em vista o atendimento intersetorial ofertado pelas áreas de assistência social e de saúde. Vale lembrar que a autoridade legitimada para a aplicação primária de medidas de proteção é o Conselho Tutelar. Entretanto, se houver necessidade de afastamento da criança ou do adolescente do seio familiar, a competência é da autoridade judiciária, nos termos do art. 102, § 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente, com a redação dada pela Lei nº 12.010/09. Não sendo possível a reintegração familiar, após esgotadas todas as possibilidades nesse sentido, deve-se viabilizar a colocação em família substituída, através das modalidades de tutela, guarda e adoção.
- Usuário de drogas, **sem suporte familiar e com a impossibilidade de exercício de seus direitos fundamentais**: necessidade da medida de acolhimento institucional, que possui caráter excepcional e provisório, devendo ser acompanhada da **garantia do cuidado intensivo de saúde** mental até que se possa gradativamente reforçar a auto-estima, promover a família, buscar a colocação em família substituída e a reinserção social, e o posterior encaminhamento aos demais dispositivos da rede. O lugar deve oferecer proteção e cuidado, através de um projeto terapêutico individualizado, que proporcione condições de escolhas consonantes com seus direitos fundamentais. Tal serviço só se mostra viável através da efetiva integração entre as Secretarias Municipais de Assistência Social e de Saúde, o que pode ser buscado pelo Ministério Público.

- Usuários de drogas com ou sem suporte familiar com sintomas que indiquem **cl clinicamente** a necessidade de **internação** psiquiátrica: o estado de saúde da criança ou adolescente **deve ser avaliado por profissionais da saúde**, valendo ressaltar que, de acordo com o art. 4º da Lei nº 10.216/01, *“a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”*. Percebe-se que a definição do fluxo do atendimento, a sua divulgação e a permanente articulação entre os órgãos afiguram-se instrumentos essenciais para a garantia do direito à saúde, que pressupõe o direito de ser cuidado a tempo, sem a necessidade de qualquer intervenção do Ministério Público ou do Poder Judiciário. Evitam-se assim eventuais internações compulsórias descabidas, sobretudo pela falta de “lugares” adequados àqueles que estão sob grave risco social e demandam cuidados intensivos de saúde mental.

Ressalte-se que, a Lei Federal nº 10.216/01, em seu artigo 2º, garante a pessoas portadoras de transtorno mental o direito ao acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades (inciso I) e o direito de ser tratada em ambiente terapêutico pelo meio menos invasivo possível (inciso II).

Caso o acolhimento e o tratamento dos usuários de drogas não sejam garantidos a crianças e adolescentes, restará configurada a hipótese prevista no artigo 98, inciso I, do ECA, impondo-se a atuação do Conselho Tutelar e do Ministério Público.

Sem prejuízo das medidas destinadas à efetiva implementação da rede ideal, importa frisar a necessidade de ser garantida a assistência através da rede possível, através da comunicação e da troca de informações, afinando-se a sintonia de solução para cada caso concreto.

Enfim, apontam-se algumas **normas jurídicas** pertinentes ao tema tratado neste tópico: Convenção da ONU sobre Direitos da Criança (Decreto nº 99710/90); art. 227, parágrafo 3º, inciso VII, da CR; arts. 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 15, 16, 17, 18, 81, II e III, 90 e seguintes, 98, 100, 101, 129, 136, 208, VII e 243, todos da Lei Federal nº 8.069/90 (ECA); Lei Federal nº 10.216/01; Portaria nº 336/02, do Ministério da Saúde; Portaria GM nº 154, de 24/01/2008; Portaria nº 245/GM, de 17/02/2005; Portaria GM nº 1.612, de 09/09/2005; Portaria nº 251/GM, de 31/01/02.

• O enfrentamento ao uso do **CRACK** por crianças e adolescentes

O uso de crack por crianças e adolescentes se insere no cenário epidemiológico recente, que evidencia o aumento do consumo de substâncias que causam dependência química pela população infanto-juvenil, estando geralmente associado a um contexto de vulnerabilidade das famílias, com sérios impactos sociais e de saúde pública envolvidos. Desta forma, impõe-se um conjunto articulado de ações multidisciplinares, intra e intersetoriais de prevenção e proteção ao uso de drogas.

Além dos comprovados danos à saúde, o uso de drogas, em especial o *crack*, por crianças e adoles-

centes, aumenta o risco de violação de seus direitos fundamentais ao respeito, à dignidade, à educação, ao desenvolvimento harmônico, à alimentação, à moradia, à convivência familiar e comunitária, ao lazer, dentre outros, na medida em que, em regra, leva à exploração sexual, à exploração do trabalho, ao aliciamento para a prática de atos infracionais, ao rompimento dos vínculos familiares e à evasão escolar.

Embora o uso de substâncias entorpecentes possa ser encarado como um problema de caráter universal, não necessariamente vinculado à condição socioeconômica dos usuários, é inegável que a população em situação de vulnerabilidade social, com ameaça ou efetiva violação de seus direitos, registra maiores índices de uso de drogas por crianças e adolescentes.

Nesse contexto, não é raro encontrar crianças e adolescentes em situação de rua e sem qualquer referencial familiar fazendo o uso de substâncias entorpecentes. Muitos desses usuários permanecem no interior das “cracolândias” em todo país, redutos onde se verifica o uso indiscriminado de drogas, bem como a prática de outros crimes, tais como o tráfico de substâncias entorpecentes, o porte de armas de fogo e a exploração sexual, entre outros.

Por conseguinte, crianças e adolescentes encontrados na situação acima descrita estão em situação de risco, tendo em vista a violação de seus direitos fundamentais, razão pela qual fazem jus à aplicação de medidas protetivas para a garantia de seus direitos, tais como a imediata busca e apreensão e o encaminhamento a entidades de acolhimento e ao tratamento de saúde de que necessitem.

É oportuno destacar que crianças e adolescentes acolhidas devem ser submetidas a exames médicos e à avaliação psiquiátrica, a fim de se possa aferir o estado clínico de saúde e a imediata necessidade de encaminhamento a tratamento especializado.

Em algumas hipóteses excepcionais, a avaliação psiquiátrica pode indicar a necessidade de internação dos usuários, que deverá ser de curta duração, em hospital geral da rede pública, com vistas à desintoxicação associada aos cuidados emergenciais das complicações orgânicas e/ou à presença de algum tipo de co-morbidade desenvolvida com o uso.

A magnitude do consumo de substâncias psicoativas associada a questões de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens, demandou do Ministério da Saúde, em 2009 e 2010, medidas com caráter de proteção diferenciadas aos usuários, com ações de cuidado prioritariamente intersetoriais e integradas entre a saúde e a assistência social, cuja ampliação foi viabilizada pelo repasse federal de incentivos financeiros oriundos do Plano Integrado de Enfrentamento ao crack para as Casas de Acolhimento Transitório do SUS.

Conforme já exposto acima, as Casas de Acolhimento Transitório do SUS surgem como proposta no contexto do PEAD - o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD) em 2009, sendo ampliada e potencializada pelo Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (Decreto n. 7179, de 20 de maio de 2010), bem como pelo Edital nº

003/2010/GSIPR/SENAD/MS e da Portaria GM/MS nº 4.132 de 17 de dezembro de 2010, do Anexo I.

As Casas de Acolhimento Transitório apontam a efetiva resposta alcançada por essa rede de serviços de acolhimento temporário para usuários de crack e outras drogas, que atuam de forma intimamente articulada com os demais serviços de saúde e da assistência social.

Destacam-se como principais características dos CATis (destinados à crianças e adolescentes):

- o funcionamento do serviço de forma integrada com a rede, uma vez que se tratam de equipamentos de natureza intersetorial;
- a existência de porta de entrada pela rede de saúde – integração com a rede de atenção psicossocial, em especial com o CAPS ad ou CAPSi;
- o atendimento dos casos de maior complexidade clínica em serviços mais especializados, preferencialmente em hospitais gerais;
- a necessidade de se evitar a implantação do serviço em locais isolados, tendo em vista a característica da territorialidade e proximidade com outros equipamentos da rede de saúde e de assistência;

• O Projeto “*Restabelecendo Laços*” – Repercussões na área da infância e juventude

Conforme acima referido, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro elegeu como uma de suas prioridades estratégicas para o ano de 2011 o enfrentamento ao uso de drogas, através do desenvolvimento de estratégias materializadas no Projeto “*Restabelecendo Laços*”.

No tocante à área da infância e juventude, o projeto em questão visa ao mapeamento e à estruturação da política de atendimento a crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas em cada Município, com enfoque na adequação e/ou implementação dos equipamentos da rede de saúde mental voltados especificamente para o atendimento de tal segmento da população.

Além da adequação da rede de atenção à saúde mental, as ações contempladas no projeto objetivam o fortalecimento dos vínculos familiares das crianças e adolescentes usuárias de drogas, mediante a adequação da rede socioassistencial local, notadamente dos serviços de proteção social especial, executados pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), que atendem às famílias com quadro de maior vulnerabilidade social.

Por fim, o presente projeto visa promover a articulação entre os serviços de saúde e de assistência social no atendimento a crianças e adolescentes usuários de drogas, bem como fomentar a atuação do Promotor de Justiça enquanto agente articulador dos diversos atores que integram o Sistema de Garantia de Direitos, de forma a ser garantia proteção integral e contínua a tal público infanto-juvenil.

3.7. Papel das Promotorias de Justiça Criminais nos casos de uso indevido ou abusivo de álcool e outras drogas

São pressupostos da Política Nacional Antidrogas, traçadas pela Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, dentre diversos outros, divulgar as campanhas de prevenção e uso indevido de drogas, difundir o conhecimento sobre as infrações penais relacionadas às drogas, prevenindo-as e coibindo-as e combater o tráfico de drogas e os crimes conexos, em todo o território nacional, por meio do desenvolvimento e implementação de programas socioeducativos específicos, multilaterais, que busquem a promoção da saúde e a reparação dos danos causados à sociedade.

Do mesmo modo, a Lei Federal n. 11.343/06, além de dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas, Prevenção do Uso Indevido, Reinserção Social de Usuários e Dependentes, tipifica diversas infrações penais e disciplina suas respectivas sanções, de forma escalonada, de acordo com a gravidade de cada conduta abstratamente considerada pelo legislador.

Por seu turno, a Política Nacional Sobre o Álcool, instituída pelo Decreto Federal n. 6.117/07, tem como postulado básico, previsto no art. 2º do referido ato normativo, a implantação das medidas necessárias à redução do uso indevido do álcool e sua associação com a violência e criminalidade, referidas no seu anexo II.

Nesta ordem de idéias, e considerando que não raro a prática de diversos crimes possui relação com o uso abusivo de álcool e drogas, de atribuição de Promotorias de Justiça Criminais lato sensu, assim entendidas como PJ Criminais junto às Varas Criminais, PJ junto aos Tribunais do Júri, PJ junto aos Juizados Especiais Criminais, PJ junto aos Juizados de Violência Doméstica e PJ de Investigação Penal, é fácil entender a relevância da atuação de tais órgãos ministeriais, coordenada com as PJ Cíveis, de Infância e de Tutela Coletiva e em conjunto com os demais órgãos públicos protagonistas da Política Nacional Antidrogas e da Política Nacional Sobre o Álcool.

Não obstante a necessidade de aplicação de sanções criminais cabíveis aos usuários e dependentes de álcool e outras drogas que se vejam envolvidos na prática de infrações penais, não há dúvidas de que o Ministério Público deve se preocupar também com a reinserção social e tratamento adequado destas pessoas.

O artigo 28 da Lei 11.343/06 impõe ao usuário que é flagrado em poder de drogas as sanções de advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade e medida de comparecimento a programa ou curso educativo.

Dentre as referidas medidas, sem menosprezo às demais, destaca-se a prestação de serviços à comunidade, diante de seu inegável papel ressocializante, a merecer portanto, especial atenção dos órgãos ministeriais com atribuição.

É salutar, ainda, o acompanhamento psicológico e social do usuário ou dependente, sempre que o órgão do Poder Judiciário ou do Poder Executivo disponha de tal estrutura. Neste caso, quando o Promotor de Justiça que atua na seara criminal perceber que não há esta estrutura, ou mesmo que ela está deficiente, diante da falta ou ineficiência do acompanhamento do usuário de drogas, pode comunicar ou provocar o Promotor de Justiça da Tutela Coletiva de sua região, para que adote as providências necessárias para

adequação da política.

Em alguns casos será necessário disponibilizar ao usuário ou dependente tratamento especializado, uma vez indiciada a sua incapacidade, seja em razão da existência de laudo pericial que ateste a dependência química, seja pela multirreincidência em crimes que envolvam o uso de drogas ou qualquer outro dado constante dos autos.

Nestes casos, constatada a deficiência da rede existente na comarca ou região da PJ com atribuição, impossibilitando o tratamento do paciente, deve o Promotor de Justiça Criminal encaminhar cópias dos autos à Promotoria de Justiça Cível e à Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde, para que estas, respectivamente, promovam o adequado tratamento da referida pessoa e a melhoria da rede de atendimento naquela comarca ou região.

No âmbito da prevenção, os Promotores de Justiça Criminais, agindo de forma articulada com os demais órgãos ministeriais e governamentais, em muito podem contribuir para a divulgação de campanhas de prevenção, uso indevido e combate às drogas, mediante distribuição de materiais didáticos nos respectivos órgãos de execução, realização de palestras para usuários de drogas, crianças, adolescentes, pais e educadores, bem como divulgação de canais de comunicação, visando ao atendimento de usuários. É importante que se tenha a percepção de que, muitas vezes, é na instância criminal que o usuário, demandante de tratamento e que ainda não foi fixado ou vinculado à rede de saúde e assistência, poderá ser captado para ser tratado e cuidado. Tais medidas se refletem na diminuição dos índices de criminalidade locais.

Ainda sob o aspecto preventivo é recomendável que as PJ Criminais participem do fomento da criação e aparelhamento dos Conselhos Municipais Antidrogas, que em muito poderão contribuir para a consecução dos objetivos da Política Nacional Antidrogas, não só no aspecto repressivo, mas em especial no que concerne à atuação preventiva.

Finalmente, convém observar que a compilação ou pesquisa de indicadores de criminalidade locais poderá fomentar o incremento ou a melhoria da rede de prevenção e tratamento aos usuários de drogas, na medida em que demonstrarão a demanda pela política específica. Não raro, o Promotor de Justiça em atuação na Tutela Coletiva não conhece a realidade em relação ao consumo de drogas na localidade. Isso dificulta sua fiscalização pela adequação e resposta da rede pública. Ele precisa conhecer melhor a demanda local. Assim, alguns dados relativos a delitos poderiam, em muito, contribuir para a instrução de inquéritos civis e ações civis públicas, e são de acesso mais fácil ao Promotor de Justiça Criminal, dentre eles:

INDICADORES CRIMINAIS SUGERIDOS:

- **Número de pessoas apreendidas por posse e uso de drogas no município;**
- **Número de denúncias propostas por tráfico de entorpecentes no município;**
- **Número de termos circunstanciados decorrentes de uso de entorpecentes;**
- **Número de apreensões de armas de fogo e outros instrumentos;**
- **Número de incidentes toxicológicos positivos ou negativos, com indicação de uso frequente ou abusivo de drogas;**

Somente desta forma, ou seja, mediante um atuar proativo e fortalecido do Ministério Público, com parcerias entre as promotorias e com os demais órgãos públicos, será possível conferir concretude aos postulados da Política Nacional Antidrogas e da Política Nacional Sobre o Álcool.

4. PROVIDÊNCIAS INDIVIDUAIS PARA PROTEÇÃO DOS DIREITOS DE PERSONALIDADE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA OU TRANSTORNO MENTAL⁵ E USUÁRIOS DE ÀLCOOL E OUTRAS DROGAS

4.1. Pessoas com Deficiência ou Transtorno Mental

O Ministério Público, **diante de seu perfil constitucional**, exerce um mandato social de instituição pró-ativa com a atribuição de proteger os direitos de personalidade de uma parcela da população brasileira em situação de vulnerabilidade social, tendo como uma de suas relevantes funções a deflagração de medidas protetivas em favor de pessoas com transtorno mental.

Assim sendo, a par das providências a serem tomadas no âmbito da tutela coletiva, o Promotor de Justiça, para proteção integral das pessoas com deficiência mental sem família ou com família omisssa, necessita adotar uma atuação combativa, na qualidade de órgão agente, tanto no âmbito judicial como no âmbito extrajudicial.

É incontroverso que referida atuação aponta inúmeras dificuldades, em especial pela precariedade da Rede hospitalar e extra-hospitalar de Saúde Mental encontrada em todo o nosso Estado, mas tal não deve demover a combatividade institucional porquanto tal parcela vulnerável da população conta com o respaldo do Poder Constituído, in casu, apresentado pelo Ministério Público.

Como fundamento desta atuação ministerial invoca-se o prudente ensinamento de ROBSON RENAUT GODINHO positivado in “*A Proteção Processual dos Direitos dos Idosos*” - - 2ª Ed. RJ, Lumen Júris. 2010 – pág. 106 verbis:

“Embora haja diversas possibilidades de ajuizamento de ações para a tutela de direitos individuais, o certo é que o Ministério Público nunca se destacou por esse tipo de iniciativa. Não há dúvidas de que o Ministério Público possui vocação para a tutela de direitos sociais e o ajuizamento de ações coletivas é o instrumento natural para a tutela jurisdicional de tais direitos, mas queremos estabelecer que também a tutela de direitos individuais indisponíveis é compatível com o perfil constitucional da Instituição, além de também contribuir para, em um sentido amplo, uma atuação social do Ministério Público. Ou seja, a atuação do Ministério Público na defesa dos direitos individuais não pode ser ignorada, nem considerada ultrapassada, mas, sim, deve ser adequada à realidade social e ao perfil constitucional da Instituição. “

5 Segundo a AAMR (Associação Americana de Deficiência Mental) e DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), pode-se definir deficiência mental como o estado de redução notável do funcionamento intelectual inferior à média, associado a limitações pelo menos em dois aspectos do funcionamento adaptativo: comunicação, cuidados pessoais, competências domésticas, habilidades sociais, utilização dos recursos comunitários, autonomia, saúde e segurança, aptidões escolares, lazer e trabalho.

Não há dúvidas no sentido de que, em se tratando de tutela de interesses de pessoas com transtornos mentais em situação de vulnerabilidade social, o direito correlato é necessariamente indisponível, a merecer a proteção por parte da Instituição Ministerial.

Em que pese inexistir lei ordinária com previsão específica no sentido de ser o Promotor de Justiça substituto processual da pessoa com deficiência mental, sua legitimidade decorre do próprio texto constitucional que estabelece a diretriz institucional no art. 127 da Constituição da República.

No que se refere às **pessoas idosas com transtorno mental** e em situação de risco social, existem no ordenamento jurídico vários dispositivos legais que conferem ao Ministério Público o múnus de protetor de seus respectivos interesses, devendo o Promotor de Justiça se valer do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03) para fundamentar sua legitimidade de atuação.

Em se tratando de **pacientes com transtornos mentais**, o acesso à saúde envolve medidas a serem deflagradas pelos Promotores de Justiça sempre que estas pessoas não puderem contar com a assistência de suas famílias, seja por sua omissão ou mesmo inexistência.

Portanto, caso se verifique que essa pessoa em **situação de risco social não possua registro de nascimento, deve o Promotor de Justiça providenciar angariar prova mínima necessária e suficiente para promover o competente REGISTRO TARDIO DE NASCIMENTO. Em se tratando de pessoa não idosa, tal mister ministerial encontra-se inclusive previsto na Resolução GPGJ nº 1330/06.76 que estabelece *ipsis literis*:**

“Art. 1º - Incumbe às Promotorias de Justiça com atribuição em matéria de Registro Civil o ajuizamento de ações de registro tardio de nascimento de pessoas maiores, portadoras de deficiência, quando estas se encontrarem em situação de abandono familiar.”

Para tanto, deve o Promotor de Justiça instaurar o competente procedimento administrativo investigatório e providenciar como instrução preliminar (a substanciar a pretensão inaugural):

- 1) Pesquisa junto à CSI (Coordenadoria de Segurança e Inteligência do Ministério Público) para obter informações constantes dos cadastros e banco de dados existentes quanto à identificação da pessoa que se pretende amparar, fornecendo as informações que se dispuser no momento;
- 2) Caso haja indicação de algum RCPN ou mesmo informação no sentido de que a pessoa é natural de determinado Município, diligenciar no sentido de oficiar a tal RCPN para, em caso de emissão de certidão negativa de registro de nascimento, ser esta uma prova a embasar a pretensão de registrar a pessoa tardiamente. Importante observar que se deve evitar oficiar a todos os cartórios de RCPN indiscriminadamente, pois tal atrasa sobremaneira a providência pretendida;
- 3) solicitar ao IFP e ao DETRAN a identificação datiloscópica da pessoa a ser protegida para verificar se há eventual registro prévio.

Importante ressaltar que tal providência de registro tardio assegura o mínimo existencial de dignidade

para que sejam providenciados os demais direitos da pessoa com transtorno mental tais como interdição, obtenção de benefício previdenciário, inclusão no serviço de saúde etc.

Caso se verifique a hipótese consignada no art. 1768 inc. III e 1769 do Código Civil, qual seja, pessoa com deficiência mental sem família que tenha tomado a iniciativa de propor sua interdição, deve o Promotor de Justiça fazê-lo.

Assim sendo, como medida de proteção aplicável à pessoa com deficiência mental, é também viável a **AÇÃO DE INTERDIÇÃO** instruindo a inicial, se possível, com documento pessoal, estudo social, laudos médicos e/ou estudos psiquiátricos da pessoa a ser amparada.

Caso a pessoa com transtorno mental já seja interditada, verificando o Promotor de Justiça que os seus interesses não estão sendo corretamente geridos pelo respectivo curador, abre-se ensejo à propositura de **AÇÃO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS E/OU REMOÇÃO DE CURADOR** (inclusive com possível comunicação ao Promotor de Justiça com atribuição Criminal para adoção de medidas cabíveis em função de possível apropriação indébita de seus rendimentos).

Na hipótese de se verificar a necessidade de inclusão social da pessoa com transtorno mental, mediante o raciocínio constitucional acima descrito, **outras medidas de proteção** poderão ser deflagradas pelo Promotor de Justiça:

- Inserção da pessoa com transtorno mental na rede de saúde mental, seja através de determinação extrajudicial nesse sentido (oportunidade em que deve o Promotor de Justiça dirigir-se aos gestores públicos para exigir o cumprimento da legislação protetiva) seja através de deflagração da competente medida judicial, qual seja, **AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER** para inserção do deficiente mental na rede de saúde mental para obrigar o administrador a atender o mandamento constitucional. Nesses casos, deve-se cogitar de pedido de antecipação de tutela com cominação de multa (*astreints*).

A providência cabível pode ser, exemplificativamente, a determinação de que determinado paciente seja referenciado pelo CAPS, a sua colocação em unidade de Residência Terapêutica, a concessão de medicamentos, etc.

- Ademais, pode o Promotor de Justiça intentar medidas outras que visem à cessação do estado de risco social a que se encontre submetida a pessoa com deficiência, tais como: **AÇÃO DE ALIMENTOS** em face dos familiares que não o amparem; oficiar ao Promotor de Justiça com atribuição Criminal quando houver abandono material, etc.
- Outra medida de proteção a ser providenciada pelo Promotor de Justiça, caso vislumbre a hipótese legalmente prevista, pode ser a de **INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA** que será adotada apenas em casos excepcionais, quando o paciente se negar a realizar tratamento médico, colocando sua integridade física e psíquica em risco,

Nesse sentido, verifica-se que é a Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001 que possibilita a internação compulsória de pessoas portadoras de transtornos mentais mediante decisão judicial (art. 6º, parágrafo

fo único, inciso III, e 9º), havendo, portanto, dispositivo legal autorizando referida internação.

Ressalte-se que, em se tratando de pessoa acima de sessenta anos de idade, onde houver Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência com atribuição para a tutela dos direitos individuais do idoso em situação de risco social, caberá a este a propositura das medidas acima elencadas, sempre no Juízo da Infância, Juventude e Idoso.

Naquelas comarcas onde não houver Promotorias de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência as medidas deverão ser propostas pelo Promotor de Justiça Cível, com atribuição para a promoção dos direitos das pessoas idosas em situação de risco social, sem família ou com família omissa.⁶

Em se tratando de pessoas adultas com menos de sessenta anos, a atribuição caberá ao Promotor de Justiça de Órfãos e Sucessões nas comarcas onde houver Varas de Órfãos e Sucessões (foro central da capital do RJ), assim como aos Promotores de Justiça de Família (foros regionais da capital do RJ e demais Municípios do Estado do RJ).

4.2. Usuários de Álcool e Outras Drogas

No âmbito da tutela individual da pessoa com transtorno ou sofrimento mental, o Ministério Público atua, ainda, supletivamente, em favor daqueles que por uso abusivo de álcool e outras drogas apresentam sua capacidade de autodeterminação comprometida em razão do vício. São pessoas sem referência familiar ou com família omissa que necessitam da atuação do Ministério Público para a salvaguarda de sua dignidade e direito à saúde. Tal função ministerial não destoia do perfil constitucional referido anteriormente, na medida em que se trata de direito indisponível.

Chegando ao conhecimento do Promotor de Justiça com atribuição notícia de que em sua área de atuação existe pessoa com problemas pelo uso nocivo ou abusivo de drogas, em situação de risco ou vulnerabilidade social, deverá instaurar procedimento administrativo a fim de requisitar informações e solicitar os serviços pertinentes, buscando conferir ao usuário o adequado atendimento na rede assistencial e de saúde.

Forçoso é reconhecer que tal atuação apresenta inúmeras dificuldades devido a precariedade da rede atual. Ao solicitar intervenções, o Promotor não encontra na Rede Pública a assistência de que necessita para amparar o indivíduo. Aliás, o número crescente de reclamações que chegam ao Ministério Público, a fim de que este atue em prol do usuário, é indicativo de que o sistema não está devidamente aparelhado para acolhê-lo, seja ele dependente ou não.

De qualquer forma, configurada a hipótese de alcoolista ou toxicômano em situação de risco social por inexistência ou abandono da família, o Promotor de Justiça deve provocar o Coordenador de Saúde Mental do Município, ou o Diretor do equipamento específico de atendimento que for de seu conhecimento em regiões com maior estrutura (CAPS-Ad, CAPS etc.), a fim de que ofereça atendimento ao caso.

⁶ Tal raciocínio decorre da interpretação sistemática dos arts. 3º, 4º, 5º AL "b" da Resolução nº 1284/2005; art. 5º da Resolução 1422/2008; art. 1º da Resolução 1539/2009 e art. 1º da Resolução 1540/2009

Havendo inércia do Poder Público em ofertar o mínimo existencial, o Ministério Público pode ajuizar AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER exigindo do Ente a prestação positiva, sem prejuízo de inclusão da pessoa viciada no pólo passivo quando houver resistência a qualquer avaliação ou tratamento. A hipótese será de pedidos de condução coercitiva e de internação compulsória, sendo que esta só ocorrerá existindo recomendação médica expressa. Caberá à equipe de saúde responsável pela recepção do paciente estabelecer o tempo pelo qual a medida deverá ser mantida, na forma da Resolução RDC nº 29 da ANVISA⁷

Ressaltando que a internação compulsória não possui um fim em si mesmo, conforme consenso médico e as diretrizes estabelecidas pela Lei 10.216/01, o Promotor de Justiça deve se preocupar em resguardar o tratamento a ser ministrado após a internação, pois esta, quando pertinente, é apenas parte de um projeto.

Em relação a esta parcela da população, a atuação ministerial perdurará enquanto mantida a situação de instabilidade capaz de comprometer o discernimento e a consciência do indivíduo. Se a falta de discernimento for algo definitivo ou de longo prazo, o Promotor de Justiça deverá reunir elementos, incluindo laudo médico específico, a fim de formar seu convencimento sobre a pertinência de promover AÇÃO DE INTERDIÇÃO, com fulcro nos artigos 1.767, III c/c 1.769, II, ambos do Código Civil, interdição esta que, em regra, seguirá o regime da **CURATELA LIMITADA** estabelecida pelo art. 1.772 do Código Civil.

O Ministério Público pode também ser chamado a intervir em situações envolvendo pessoas com problemas de uso abusivo de drogas quando atue na defesa de crianças, adolescentes e idosos, que possuem um sistema de proteção específico legalmente estabelecido.

Nessas ocasiões, não é incomum que o Promotor de Justiça, para salvaguardar o interesse do tutelado, menor ou idoso, afastando a situação de risco gerada por familiar usuário de drogas, ajuíze ações solicitando medidas de afastamento com internação compulsória, quando existente parecer médico neste sentido.

Considerando que o direito do usuário é igualmente indisponível, o Promotor de Justiça não deve assumir uma postura de desassistência àquele que perturba o bem-estar do menor ou do idoso. Para tanto, deve solicitar nos autos que o indivíduo seja tratado, encaminhando cópia do expediente à Promotoria de Justiça com atribuição para a tutela individual da pessoa com transtorno mental, que analisará o caso, promovendo eventuais outras medidas que entender cabíveis.

Por fim, importante registrar que diante da complexidade do tema se faz necessária uma ampla e constante interlocução entre os diversos atores. Profissionais de Saúde e de Assistência Social devem atuar em conjunto, mantendo contato com as Promotorias responsáveis pela aplicação das medidas de proteção. Por outro lado, sempre que restar evidenciada a ineficiência da Rede, **os Promotores de Justiça de natureza cível ou criminal devem enviar cópia de seus procedimentos ou processos às Promotorias de Tutela Coletiva, no intuito de científicá-las das precariedades e irregularidades observadas.**

⁷ “Art. 18. As instituições devem explicitar em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do residente na instituição”.

5. EQUIPE TÉCNICA DO GOVERNO RESPONSÁVEL PELA SAÚDE MENTAL

Conforme estabelece a Lei n. 8080/90, a responsabilidade pelo Sistema Único de Saúde - SUS compete, de forma compartilhada, aos três entes da federação. A União, através do Ministério da Saúde, conta uma equipe técnica consubstanciada na Coordenação Nacional de Saúde Mental. Os Estados possuem suas Coordenações Estaduais e os Municípios devem formar suas Coordenações Municipais.

A responsabilidade de cada esfera de governo para a implementação da política específica de atenção ao usuário de álcool e drogas pode ser consultada nas inúmeras portarias citadas neste capítulo.

No caso do Estado do Rio de Janeiro, a Coordenação Estadual de Saúde Mental, vinculada à Secretaria de Saúde e Defesa Civil, mantém apoiadores para o acompanhamento das ações regionais e municipais em diversas regiões do estado, conforme descrito no quadro abaixo. Em seguida, constam os contatos das Coordenações de Saúde Mental dos Municípios.

APOIADORES EM ÀLCOOL E DROGAS DA COORD. ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL NAS REGIÕES/MUNICÍPIOS

REGIÕES	MUNICÍPIOS	Apoiadores
B. DA ILHA GRANDE	Angra dos Reis, Paraty, Mangaratiba.	Simone Delgado Tatiana Grenha (AD) Kátia Wainstock e Juliana Martins (Inf e Adol)
BAIXADA LITORÂNEA	Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaíba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema.	Carlos Eduardo Honorato Maria Tereza Santos Kátia Wainstock e Juliana Martins (Inf e Adol) e Ana Lúcia (AD)
CENTRO-SUL	Areal, Comendador Levy Gasparian, Engº. Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios, Vassouras, Paracambi	Simone Delgado, Kátia W, Juliana M (inf e adol) Tatiana Grenha (AD)
MÉDIO PARAÍBA	Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença, Volta Redonda,	Simone Delgado, Kátia e Juliana (inf. e adol) Tatiana Grenha (AD)
METRO I	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Seropédica,	Pedro Paulo Mendes, Kátia e Juliana (inf. e adol) Ana Lúcia da Silva (AD)
METRO II	Itaboraí, Maricá, Niterói, São Gonçalo, Tanguá, Rio Bonito, Silva Jardim.	Carlos Eduardo Honorato, Maria Tereza Santos, Kátia e Juliana (inf. e adol), Ana Lúcia Silva (AD)
NOROESTE	Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Italva, Itaocara, Itaperuna Laje de Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Stº Antônio de Pádua, São José de Ubá, Varre e Sai.	Cláudia Talemborg, Venina Pontes, Kátia e Juliana (inf. e adol), Anderson Nunes (AD)
NORTE	Campos de Goytacazes, Carapebus, Cardoso Moreira, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra.	Cláudia Talemborg, Vevina Pontes, Kátia e Juliana (inf. e adol), Anderson Nunes (AD)

SERRANA	Bom Jardim, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Stª Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis, Trajano de Moraes, Cachoeiras de Macacu, Guapimirim.	Cláudia Talemberg, Leila Viana, Kátia e Juliana (inf. e adol), Anderson Nunes (AD)
---------	--	---

CADASTRO DOS COORDENADORES MUNICIPAIS DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

ATUALIZADA EM MAIO /2011

MUNICÍPIO/ REGIÃO	NOME	PRO- FISSÃO	ENDEREÇO	TELEFONE
ANGRA DOS REIS (Baía da Ilha Grande)	Luciene de O. Tavares de Lemos (24) 9947-3666 / 9964-3214 lucienelemos@ymail.com	Psicóloga	Rua Almirante Brasil, 49 – Balneário – CEP 23.900-000	(24) 3377 2612 / 9840 (SMS) 5197 fax direto (24) 3377 1514 (Fax) / 3365-7345 (CAIS) 3364-4433 const.
APERIBÉ (Noroeste)	Damaris Lessa 22- 9814 5330 Damaris_lessa@hotmail.com		R. Carlos Eduardo Bochat, 203 CEP 28495-000	(22) 3864 -1127 r.238 / 9833-0866/9813-5455 (22) 3864-1701 (PREF.) (22) 3864-1937(SMS) / 3864 -1699
ARARUAMA (Baixada Litorânea)	Larissa Faria Sobreira (22) 8833-6948 larissafariaa@hotmail.com saudementalararuama@hotmail.com		R. Pedro Luiz de Souza, S/Nº CEP.: 28970-000	(22) 2665-7316 fax / 7300 SMS (22) 2664-7597 (Amb.) Saúde coletiva
AREAL (Centro-Sul)	Vânia Márcia Rocha (interina) (24) 9845-2994 vaniamarciarochoa@gmail.com		R. Marechal Deodoro 186/601 Centro – Três Rios, CEP.: 25802-220	(24) 2257-3928 / 3919 r226 e 314 (24) 2257 3427 / 1626
BELFORD ROXO (Metropolitana I)	Eunice Valadares 8696 8869 Eunicecavalcante9@yahoo.com.br		Av. José Mariano dos Passos, 948 - Prata , CEP 26130-570	8853-0346 / 3772-7679/ 3662 0832 - fax 2661-1417 / 3724 / 2662-0566 /2661 1292

BOM JARDIM (Serrana)	Erica de Jesus Dutra 22- 2566 2671 / 9832 4041 erica.s.j@hotmail.com		Pça. Gov. Roberto Silveira, 44 Centro – CEP.: 28660-000	(22) 2566-2916 r 246/247 (22) 2566-2766/ 2500 (Promoção Social) (22) 2566-2766 (SMS) / 2566-2460 (PREF.)
BOM JESUS DO ITABAPO- ANA (Noroeste)	Jussara Miranda 22- 9816 2127 mjumiranda@gmail.com mjumiranda@yahoo. com.br		R. Felomena Siri- lo, 50 - Centro , CEP: 28.360-000	(22) 3831-1444 (SMS) / 4215 (CAPS) / 7601 (22) 3831-4503 (fax) / 7601 / 1444 / 3833 9225
CABO FRIO (Baixada Lito- rânea)	Sandra Aquino 22-9202 7470 sandraquino@uol.com.br	Psicó- loga	SMS – R. Fagun- des Varela s/n° CEP.: 28900-000	(22) 2645-2626 r213 / 223 / 229 (SMS) (22) 2643-7135 – 2646 2513 – fax (22) 2647- 6939 – fax – saúde mental
CACHOEIRAS DE MACACU (Serrana)	Neiva Maria Coutinho da Silva 21-9591 0076 21- 9612 6356 - Institu- cional neiva.ambiental@yahoo. com.br smentalcm@hotmail. com	Assis- tente Social	SMS - R. Mário Amaral, s/n - Ganguri de Baixo , CEP.: 28680-000	(21) 2649-4389 / 4606 / 3471 / 2767 2568 (SMS) (21) 2649 4839 (caps)
CAMBUCI (Noroeste)	Therezinha Ramos de Sousa Lima 22-98362162/22- 9912 8922 therezinharamos@ yahoo.com.br	Psicó- loga	SMS – R. Maria Jacob, s/n – Cen- tro	(22) 2767-2568 / 2256 – 2767 2289 (22) 9993-0788 (Aline)
CAMPOS DOS GOYTACAZES (Norte)	José Carlos Gomes (22) 9812 1972 Coordsmental.campos@ yahoo.com.br	22- 2734 9054 22- 2731 8364	R. 1º de maio, 43 – altos – Centro. CEP: 28.030-000	Fernanda – Álcool e Droga Eliane – CAPS adulto – 8118 9975 Mª Aparecida Stocco – CAPSi – 22 9942 1820
CANTAGALO (Serrana)	Diovani Duarte 22- 8115 2370 diovaniduarte@hotmail. com		SMS – R. Miguel de Carvalho, 65 CEP.: 28500-000	(22) 2555-5943 CAPS / 4394 / 3150
CARAPEBUS (Norte)	Nancy C. Moreira Torres (22) 9704 1779/ (22) 2762-4397 nanmoreira@hotmail. com		R. Salim Bichara, 208 - Centro CEP.: 27998-000	(22) 2768-9505 / 9577 (saúde mental) / 9500 / 3828 / 4794 / 3309 / 9566 /

CARDOSO MOREIRA (Noroeste)	Maria Eliana Rosalino Ferreira 22 -9878 7721 mariaelianarosalinoferreira@hotmail.com		R. Antônio Ferreira de Medeiros, 38 – Centro CEP: 28180-000	(22) 2785-1105 r 218 / 2785-1733/ 1212 (22) 2785-1296 / 1320/ 2785 1320
CARMO (Serrana)	Rachel Pires Habib 22 - 2537 2080/22- 9985 5965 rachelhabib@yahoo.com.br saudementalcarmo@yahoo.com.br	Psicóloga	R. Dr. Nues Costa, 102 CEP: 28640-000	(22) 2537-1527(SMS) / 3831 (CAPS) (22) 2537-1146 (HETB) (22) 2537-0196 / 1395 / 1420 / 2332 / 0095 / 1779
CASIMIRO DE ABREU (Baixada Litorânea)	Patrícia B. de Lima Mello (21) 9762-4378 / (22) 8804 4408 lima.patriciabarrosgmail.com saudemental@casimirodeabreu.rj.gov.br	Psicóloga	R. Leopoldo Medeiros 01 – sobrado – B.S.João CEP: 28880-000	(22) 2774-5548 / 5109 (Posto) (22) 2774-5313 (Hosp.) (22) 2778-1248 (SMS) / 2778-2034 / 1225 r229
COM LEVY GASPARIAN (Centro-Sul)	Relui Rachide 9291 0027 / 32- 8434 4400 relui@nextwave.com.br		R. Euclides Dantas Werneck, 6 CEP: 25870-000	(24) 2254-1105 / 1049 /1100 / 1106
CONCEIÇÃO DE MACABU (Norte)	Rogéria de Oliveira Gomes Ferreira (22) 2779 2685 / 9967 3372 rogeriagferreira@yahoo.com.br	Ass. Social	Pça José Bonifácio Tassará, 171 - Centro CEP: 28740-000	(22) 2779-2486 / 4863 / 2345/ 4808 2779-2000 (Posto Saúde) / 2015 (Posto Saúde) 2779-2345 fax
CORDEIRO (Serrana)	Márcia Luzia Bonin Salomone 22- 8808 7304 henribon@brnet.com.br salomone.marcia@gmail.com		SMS – R. Nacib Simão,1325 - Rodolfo Gonçalves CEP: 28540-000	(22) 2551-2374 (CAPS) / 0012
DUAS BARRAS (Serrana)	Flavia Turque Thurler 22- 9898 6636 progdb@yahoo.com.br sms2barras@yahoo.com.br	Enfermeira	Av. Getúlio Vargas, 177	(22) 2534-1788 / 1212 (Pref.) / 1179 / 1218 / 1121 r- 204 fax 22- 2534 1212 r.227
DUQUE DE CAXIAS (Metropolitana I)	Daisy M ^a de Luna Butteri 8886 2015 daisybutteri@yahoo.com.br		SMS – R. Dona Thereza, s/nº - Jardim Primavera	2773-6323 / 6322 (SMS) / 6305 / 6209 / 6314 – fax Solange: 9785 2938 (coord de RT)

ENGº PAU- LO DE FRONTIN (Centro-Sul)	Lúcia Regina C.C Pontes (24) 9974-6516 bugus@uol.com.br	Psicó- loga	R. João Batista Ferrini, 136 CEP: 26650-000	(24) 2463-1666 (SMS) / 3089 (CAPS) (24) 2463-1520 / 1379 / 1108/ 1343/ 2020
GUAPIMIRIM (Serrana)	D Artagnan Rache Rodri- gues 8511 2821 psiquiatriaclinica@hot- mail.com		R. Itavera, s/nº - Centro dartarache@hotmail.com (sub- -coord)	(21) 2632- 5515 / 3393/3300 (Saúde Men- tal) (21) 2632-2961 r309 CAPS 9307 2251
IGUABA GRANDE (Baixada Lito- rânea)	Maria Teresa Habibi (22) 9969 3464 marie-teresa@uol.com. br	Psicó- loga	AV. N. Sra. de Fátima, 116 CEP: 28960-000	(22) 2624-3128 / 1225/ 4426 /4427 – fax (22) 2624 6836 – fax
ITABORAÍ (Metropolita- na II)	Marco Antonio Roca 7887 8177 marcosroca@uol.com.br	Psicó- logo	R. Desembarga- dor Ferreira Pin- to, 09 – Fundos CEP: 24800-000	(21) 2635-1010 r218 / 2635-2615 (CAPS) / 3639-2008 (21) 2635-1399 (SMS) / 2062 (Pref.)
ITAGUAÍ (Metropolita- na I)	Aida Mª Diniz Leite 91787372 / 33774542 resid. dinizaida@ig.com.br saudemental@itaguaí. rj.gov.br	Psicó- loga	*R. General Bocai- úva, 607 *R. Dr. José R. Freire, 71 – Cen- tro (CMS) *CEP: 23815-310	(21) 2688-6052 r258 / 2716 (Pref.) (21) 3781 1259 / 3781 0508 (CAPS) (21) 2688 1595 (SMS) – fax
ITALVA (Noroeste)	Anna Christina L. Botelho A. Cruz anna.botelho@hotmail. com italvasaude@gmail.com		R. Coronel Luis Salles, 414 CEP: 28250-000	(22) 2783-2434 / 2102 (CAPS) / 1240/ 2327/2322 (22) 2783- 1064/1730/ 2621/2207 – Prefeitura
ITAOCARA (Noroeste)	Lidiane Ferreira da Silva Alves 22 – 9915 2188 lidianeferreiraalves@ yahoo.com.br caps.itaocara@bol.com. br		SMS – R. Pastor José Henrique da Mata, s/nº - Ca- xias CEP: 28570- 000	(22) 3861 2475/ 2057 (22) 3861-3380 fax / 3465/ 2250
ITAPERUNA (Noroeste)	Ana Maria Soares 22- 9828 0288 anafesoares@yahoo. com.br		R. General Osó- rio, 103/104 – Centro, CEP: 28300-000 (RES)	(22) 3822-9119 (CAPS) / 1950/ 1755 (22) 3824-5049/ 3824 1827 fax
ITATIAIA (Médio Para- íba)	Monica Izidoro da Silva 24 9275 4394 sms_itatiaia@hotmail. com mizisilva@yahoo.com.br		Av dos Expedicio- nários, snº , Amb. Central – Centro CEP: 27580-000	(24) 3352-6850 / 6851 / 1660 / 6699 (SMS) (24) 3352-1338/ 3006 (CAPS)

JAPERI (Metropolitana I)	Lucia Helena Pontes 9147 0699 / 9194 0728 lucia_pontes@yahoo.com.br		R. Abucarana, 5 – Macujá CEP: 26371-970	2670-1168 (CAPS) 2664 -1190 / 1861 / 1421/
LAJE DO MURIAÉ (Noroeste)	M ^ª Lúcia Ligeiro Alvim smslajedomuriaei.com.br		R. Gerônimo Ferreira, 270 CEP: 28350-000	(22) 3829-2378 SMS / 2099 / 2265/ 2413
MACAÉ (Norte)	M ^ª Luiza Vaccari 22- 9986 1232 mlvquaresma@yahoo.com.br saudemental.macaeyahoo.com.br	Assistente Social	R. Visconde de Quissamã, 355 – R. Teixeira de Gouveia, 854 SL/206 – Centro	(22) 2772-5679 / 5005 (CAPS) / 992 r202 (22) 2762-1965/ 1992 (22) 2759-9410 (22) 9256 1445 (21) 9432 8302 – Jurema
MACUCO (Serrana)	Paulo Rogério Pinheiro Badini 22- 81562302 badinipr@hotmail.com		R. Francisco Lopes Martins, 235 CEP: 28540-000	(22) 2554-1408 (SMS) / 1135 / 1129
MAGÉ (Metropolitana I)	Walbia Cardoso 2632 6497 8613 6734 smsmage@yahoo.com.br walbiacabral@hotmail.com		R. Pio XII, s/nº - Centro CEP: 25900-000	2739-8664 SMS (fone/fax) 8799-8393 (Beth asses. SMS) Mônica: 8840-3917
MANGARATIBA (Baía da Ilha Grande)	Joilson Calazans 7829 4213 Calazansjoilson1@yahoo.com.br Caps_mangaratiba@hotmail.com	psicólogo	PASMEN – R. Fagundes varela, 136 – Centro, CEP: 23860-000	3789-9005 (SMS) / 9004 (SMS) 2789-3548 r 214 / 0216
MARICÁ (Metropolitana II)	Jaqueline Romariz 9304 6980 Jaqueline.romariz@gmail.com		SMS – R. Domício da Gama, 433 – Centro, CEP: 24900-000	2637-3926 / 0091 fax (Saúde Coletiva) 2637-4027 (SMS)/ 8233 / 1713 / 2225 4098 / 4027 saudementalmarica@hotmail.com /comunicasaude.marica@gmail.com
MENDES (Centro-Sul)	Marilda de Fátima D. N. Ferreira (24) 9717 2681 debyholanda@gmail.com	Psicóloga	R. Capitão Fraciscabral, 71 CEP: 26700-000	24) 2465-0377 / 1046 (CAPS) FAX / 0498 / 2026 / 0661 /2612-1927 / 2715-4493 / 9908-8560

MESQUITA (Metropolitana I)	Catia Cristina Lima Pereira 8879 4121 psicatiacris@hotmail.com		R. da Graça, s/nº - Jacutinga CEP: 26230-400	2796-4860 (SMS) 2796-4860/2796-4860/26969711/ 37639710 2696 2039 / 2696 1959 (CAPS) FAX
MIGUEL PE- REIRA (Centro-Sul)	Luciana Chagas Duque Estrada (24) 8128 7700 calumarca@yahoo.com.br	Enfermeira	R. Manoel Guilherme Barbosa, 375, CEP: 26900-000	(24) 2484-5289 / 2484 2688(SMS) / 3813 / 1234 / 3121 (24) 3852-0055 (Hops.) 2484 2707 FAX
MIRACEMA (Noroeste)	Luciana Annibal Fernandes 22- 8121 1228 luannibal@ig.com.br		Cel. José Carlos Moreira, 179 CEP: 28460-000	(22) 3852-0542 r229 (CAPS) (22) 3852-1089 / 0408 FAX
NATIVIDADE (Noroeste)	Claudia Badaró R. Fagundes claudiabadarofagundes@yahoo.com.br 22- 9947 7899	Psicóloga	R. Dr. Renato Vieira da Silva, 7 CEP: 28380-000	(22) 3841 1386 / 1009 / 1248
NILÓPOLIS (Metropolitana I)	Josiane B. Cordeiro de Barros 7839 8841 josibonadiman@hotmail.com jbonadiman@ig.com.br Alessandra – Coordenadora Técnica – 9455 8761		R. Alberto Teixeira da Cunha, 154 – 2º andar – SMS	2791 5883 (SMS) / 6476 semusanilopolis@hotmail.com
NITERÓI (Metropolitana II)	Lilian Souza 8878 8653 9682 4604 Lmcs.psq@gmail.com		Av. Quintino Bocayúva, s/nº - Charitas, CEP: 24730-001	2610-8028 / 7678 – 2611 8750 – fax / 2710-7100 / 0663; 2611 8750 / 2714-8856 / 2716-5804 / 2717-7184 / 7253 saudemental@saude.niteroi.rj.gov.br
NOVA FRIBURGO (Serrana)	Elaine Gomes (22) 9201 7948 / 2521 1386 cons elainegomespsi@hotmail.com programasdesaude@gmail.com		Av. Alberto Braune, 184 – Centro CEP: 28625-000	(22) 2523-1889 / 1374 / 2523 9869 fax (22) 2522-0661 / 6416 / 6689
NOVA IGUAÇU (Metropolitana I)	Michelli Curi coord.adm.psm@globo.com michelle_curi@ig.com.br 8102 6329		R. Dr. Thibau, 01 – Centro CEP: 26255-140	2669 2490/2667-4561/1028/4559 (Gabinete) 2768-0150

PARACAMBI (Centro-Sul)	Cristina Vidal 88969340/8839 2429 cristinaviddal@yahoo.com.br		R. Maximiniano de Carvalho, 41 - Lages	3693- 3109 (CAPS) 3693-2715/2284 - fax /3693 3479(SMS) 3693-3364 Hospital Paracambi
PARAÍBA DO SUL (Centro-Sul)	Norma Lucia (24) 9911 6957 / 2263 2045 nluciacarvalho@bol.com.br	Psicóloga	Pça. Garcia, 96 CEP: 25850-000	(24) 2263-2348 / 2369 (24) 2263-2045 / 2070 / 1052
PARATY (Baía da Ilha Grande)	Eline Mutti Magalhães Fontes 24 – 9999 9918 24 – 9825 8817 elinemutti@yahoo.com.br		R. Largo campo de Aviação, 117 R. Dr. Derley Elena s,nº - Patitiba CEP: 23970-000	(24) 3371-2855 (SMS) 3371 1186 (fax) (24) 3371-3052 / 2954 / 2105/ 6554 – CAPS
PATY DO ALFERES (Centro-Sul)	Selma Caetano Lima Almeida (24) 8128 7732 sclalmeida@yahoo.com.br	Psicóloga	R. Sebastião de Lacerda, 35 CEP: 26950-000	(24) 2485-1234 (Pref.) / 1244 (24) 2485-1627 r31 /2485 1325 Maternidade
PETRÓPOLIS (Serrana)	Maria Célia Machado 24- 8832 2371 24 – 8809 6739 – Inst. mcelia@compuland.com.br ssasaudemental@petropolis.rj.gov.br		Amb. de saúde Mental R. Floriano Peixoto, 125 – Centro A/C Núbia (ag. adm.)	(24) 2231-6545 - Ambulatório (24) 2246-9190 / 9064 (SMS) 9198 (CAPS) (24) 2242-2617 / 2246-9212 (Gab. de Saúde)
PINHEIRAL (Médio Paraíba)			SMS - R. Nini Cambraia, 150 – Centro	(24) 3356-3200 / 6320- CAPS / 3188 / 3177 (24) 3356-2536 r222/3356 4034 – fax (24) 3356 3037 – AMB. Mental
PIRAÍ (Médio Paraíba)	Ana Raquel de Castro Octaviano (24) 9954-6356 anharaquelov@yahoo.com.br gabinete.saude@pirai.rj.gov.br	Psicóloga	Pça. das Missões, s/nº - Centro CEP: 27175-000	(24) 2431-1239 (SMS) / 2431-0067 (24) 2431-1133 (Posto) / 2431-1300 / 0001 (24) 3342-3854 / 3346-5186
PORCIÚNCULA (Noroeste)	Izaura Amélia Amado Magalhães 22- 9814 0163 iaamagal@nitnet.com.br		R. Antônio Duarte, 178 – Centro CEP: 28390-000	(22) 3842-1985 / 2806 - CAPS / 1984

PORTO REAL (Médio Paraíba)	Renato Gomes da Silva 21-8881 5715 rgomespsi@yahoo.com.br		SMS – Av. Renato Monteiro, s/nº - Novo Horizonte CEP: 27570-000	(24) 3353-4047 / 4899 (SMS) /1213/ 2297 (SMental) (24) 3353-2929 (Hosp.) / 2290 / 4224 / 3502 / 4039
QUATIS (Médio Paraíba)	Erica Rabelo de Almeida 24- 99998718 erica_rabelo@yahoo.com.br		R. Olavo Castro Lobo, 40 – Centro, CEP: 27400-000	(24) 3353-2624 / 2014 / 2353 / 2584 erica.psmquatis@gmail.com
QUEIMADOS (Metropolitana I)	Edílson Alves Ventura 7700 3231 diac.edilson@gmail.com		Travessa Marques, 195 Centro	2665-1900 / 2663-2012 Coord. Saúde Mental 3698-1161 (Gab do Sect)
QUISSAMÃ (Norte)	Adriana Coelho do Nascimento 22- 8125 8167 dricanasci@yahoo.com.br saudemental@quissama.rj.gov.br		R. Conde de Arauama, 425 R. dos Poetas, 188/104 – Jardim Pinheiro (res)	(22) 2768-1294 (CAPS) / 9300 (SMS) (22) 2768-9302
RESENDE (Médio Paraíba)	Ângela dos Santos Monteiro 24- 9994 5713 angelamonteiro@terra.com.br	Assistente Social	SMS – R. Pref. Clodomiro Maia, 525 – Vila Vicentina CEP: 27513-360	(24) 3354-3866 (direto) 3355-3222 r2157 e 2163 (Pref.) (24) 3354-2477 / 0944 / 3750
RIO BONITO (Metropolitana II)	Ester Soares Alves 9761 9775 estersoaresa@yahoo.com.br		Av. Getúlio Vargas, 109 CEP: 28800-000	(21)2734-0416 / 0716 fax r 209 / 0610 SMS 2734-2488 (CAPS) / 3434 / 3046
RIO CLARO (Médio paraíba)	Alessandro Simões Marinho 24-9966 0468 Aless.simoes@gmail.com	psicólogo	SIMES – R. Pref. João Batista Portugal, 222 – Centro CEP: 27460-000	(24) 3332-1717 r207 R- mal 207 = saúde mental 3332-1292 r207;3332 1914 r207
RIO DAS FLORES (Médio paraíba)	Talita Martins Dutra 24 – 8144 0101 Tmdutra2@yahoo.com.br		R. ladeira Alta Assunção, s/nº CEP: 27660-000	(24) 2458-1185 / 1135 / 1115 / 1300 (24) 2458 4136 - Posto

RIO DE JANEIRO (Metropolitana I)	Mario Barreira Campos mario.campos@smsdc.rio.rj.gov.br / barreiracampos@gmail.com agaramalho@hotmail.com Pilar: 8854 6602 pilarsmental@gmail.com Alex Ramalho (Atenção Psicossocial) 8706 2132		Centro Adm. São Sebastião Av Afonso Cavalcanti, 455 , Sala 814 – Cidade Nova	2293 4192 / 3971-1911 / 2502-3392 fax 2503 2223/2225 2508-6133 – Central Reg. 2504 3341 - fax
RIO DAS OSTRAS (Baixada Litorânea)	Ronaldo Efigênio de Oliveira 22-9253 3052 capsro@gmail.com ronaldoefigenio@yahoo.com.br		R. Rego Barros, 217 – Centro CEP: 28890-000	(22) 2764-1749 r306 (22) 2764-6483 (reabilitação) / 2764-1617 (SMS) (22) 2764-5675 / 5670 / 7731 / 1794
STº. ANTÔNIO DE PÁDUA (Noroeste)	Elcimar bellot 22 – 9837 9434 e.bellot@uol.com.br		Pça. Monsenhor Diniz, s/nº - Centro-Ilha da Convivência CEP: 28470-000	(22) 3851-0960 (SMS) / 0005 / r216 (CAPS) / 0879 (22) 3853-4982 / 4070 (FAX) / 3851 0650 fax
STª M.ª MADALENA (Serrana)	Tony Moraes Feijó (22) – 9837-6492 tmf114@hotmail.com		R. Izamor Novaes Sá, s/nº - Centro CEP: 28770-000	(22) 2561-1266 SMS / 3021 / 1788 saudementalsmm@gmail.com
SÃO FIDÉLIS (Norte)	Caroline carolinebfl@yahoo.com.br		SMS – R. do Sacramento, 291 CEP: 28400-000	(22) 2758-1137 (fax) / 5296 / 1075 / 1115 (CAPS) (22) 2758 1056 R:202 – SMS - FAX
SÃO FCO. DE ITABAPOANA (Norte)	Salvador Correa 21- 9664 7799 sjuniorcampos@yahoo.com.br	Psicóloga	SMS – R. Joaquim da Mota Sobrinho, 156 CEP: 28290-000	(22) 2789-0664 (SMS)/ 1240 / 1165 (22) 2789-0713 / 5009 / 2630
SÃO GONÇALO (Metropolitana II)	Gina Paola 8839 2910 ginapaolarj@gmail.com		SUSC – R. Francisco Portela, 2421 – Parada 40 (antigo IML) CEP: 24440-710	2607-1934 / 1717 r4227 / 1067 / 3614-1907 SUSC 2712-0720 / 5009 – SMental / 2606-6949 fax 2607-1337 / 1482 / 1441 -SMS

SÃO JOÃO DO MERITI (Metropolitana I)	Leonardo Lessa Telles 9756 7401 leonardolessat@gmail.com	Psiquiatra	Av. Presidente Lincoln, s/nº, 2º andar (PAM) – Vilar dos Teles CEP: 25570-000	2650-2081 (orelhão) / 2751-1819 (SMS) 2264-4720 / 3755-4077 / 4078 r217 – saude mental 2651 1257 – PAM Meriti novasaudesj@hotmail.com
SÃO JOSÉ DE UBÁ (Noroeste)	Maria Helena Mota (22) 9814 3716 (22) 3866 1211 malenamotta@yahoo.com.br		R. João Antunes, 151 – Centro CEP: 28450-000	(22) 3866-1310 / 1219 / 1211 / 1301 / 1306
SÃO JOÃO DA BARRA (Norte)	Helloysa Raquel Oliveira de Medeiros (22) 9901 2575 helloysamed@gmail.com		R. Barão de Barcelos, 20 CEP: 28200-000	(22) 2741-4281/ 7878 (Pref.) / 4280 / 4175 SMental (22) 3755-4301
SÃO JOSÉ DO V. DO RIO PRETO (Serrana)	Tânia Cristina Isidoro (24) 9992-6680 tania.isidoro@ig.com.br		R. Josifredo Franco, 88 CEP: 25790-001	(24) 2224-1326 r232 (24) 2224-1552 / 1322 / 1517 / 1150 saojosesaude@gmail.com
SÃO PEDRO D'ALDEIA (Baixada Litorânea)	Marcela Silva Santos 22- 9242 6930 marcelasantospsi@hotmail.com	Psicóloga	R. Getúlio Vargas, 354 CEP: 28940-000	(22) 2627-5460 r235 (Policlinica) / 2027 / 2623/6321 (22) 26274928 – fax (22) 8821 7520 CAPS (22) 2621-1485 / 1559 r217
SÃO SEBASTIÃO DO ALTO (Serrana)	Adriana Chaves de O. Ruback (22) 9204 0583 adriana_ruback@hotmail.com helberruback@hotmail.com	Psicóloga	R. Eurico gebino, s/nº CEP: 28550-000	(22) 2559-1127 / 1160 (22) 2556-1130 (recado)
SAPUCAIA (Centro-Sul)	Bruna Lemgruber M. de Souza 24- 8132 1155 brunalemgruber@yahoo.com.br	Psicóloga	SMS – R. Maurício de Abreu, 177 – Centro, CEP: 25880-000	(24) 2271-1181 Pref/ 1167 / 1200 (PS)/2304-fax (32) 3272-1574 sec-sapucaia@yahoo.com.br
SAQUAREMA (Baixada Litorânea)	Rosângela de Souza 21- 2234 0445 / 92686917 rosangelasouzapsi@hotmail.com	Psicóloga	R. Frutuoso de Oliveira, s/nº - Centro – CEP: 28990-000 saude@squarema.rj.gov.br	(22) 2651-4821 (SMS) / 1264 / 2263 / 2254 r212 (22) 2031-0449, 2651 1769

SEROPÉDICA (Metropolitana I)	Jamilla de Paula B. Barros 7845-3790 jamillaebarros@ig.com.br	Assistente Social	Est. RJ 99, 971 – Piranema CEP: 23855-130	2682-2080 (SMS) 3787 8845 – fax – 3782 4895 2682-2059 (saúde coletiva) / 2682-2223 / 1566 / 1505
SILVA JARDIM (Metropolitana II)	Adelson Bruno dos Reis Santos 21- 7537 9487 adelsonbruno@uol.com.br	Psicólogo	Av Oito de maio, 534 – Policlínica Agnaldo de Moraes	2668-1034 r217 / 1118
SUMIDOURO (Serrana)	Ana Paula de A. Barcellos 22-9813 7019 / 21 9642 1016 ap.barcellos@ig.com.br		CAPS - R. 10 de Junho, 321 – Centro CEP: 28637-000	(22) 2531 1490 - CAPS (22) 2531-1128 (Pref.) / 1200 (SMS) /1493 –Centro Saúde (22) 3637-3060
TANGUÁ (Metropolitana II)	Vera Lucia Menezes de M. Alves vlmmacedo@bol.com.br 88790943	Ass. Social	R. Presidente Dutra, 02 – Centro CEP: 24800-000	2747- 1118 r210 / 1178 2747 4132; 27478 4133
TERESÓPOLIS (Serrana)	Kátia Ribeiro (21) 9484 9680 Saudementaltere2011@hotmail.com	Psiquiatra	Av. Delphim Moreira, 586 , 1º andar – Centro	21- 2742-7520/7272 r224 fax / 2743 1711 - SMS 21 -3642-2776 (Saúde Mental) 21 -2741 2015 - FAX
TRAJANO DE MORAES (Serrana)	Janaina de Carvalho Guzzo 22 – 9836 9062 jcarvalhocunha@bol.com.br	Psicóloga	R. Coronel João Martins, s/nº - Centro, CEP: 28750-000	(22) 2564-2272 / 1116
TRÊS RIOS (Centro-Sul)	Andréa Zanatta de Sá (24) 8118 9982 anzasa@yahoo.com.br		SMS – R. da maçonaria, 320 – Centro, CEP: 25800-000	(24) 2252-1416/3038/2255 4626 / 4745 (24) 2252-0266 (Pref.) / 2252-3038 / 2251-1649
VALENÇA (Médio Paraíba)	Vera Lucia Freitas de Bastos (24) 8125 7635 bastos.vera@ig.com.br		R. Wantuir Duque de Moraes, 290/101 – Laranjeiras	(24) 2453 4648 (Gabinete) / 5145 / 2452 - fax (24) 2452-1493 (CAPS)
VARRE E SAI (Noroeste)	Nara Lopes Moreno 22- 9835 4578 naratomoreno@hotmail.com	TO	R. Otávio Mone- rat, 10 – Centro CEP:28375-000	(22) 3843-3213 (SMS)

VASSOURAS (Centro-Sul)	Rosane Mara Pontes de Oliveira Pereira 21- 7831 4432 romapope@gmail.com		Pça. Juiz Machado Júnior, 19 – Cen- tro, CEP: 27700- 000	(24) 2471-2163 fax / 8530 / 1194 (24) 2471-1234 (SMS) / 1152
VOLTA REDON- DA (Médio Para- íba)	Lilian Carvalho 24 – 9994 5314 liliancarvalhovarela@ yahoo.com.br lcv@portalvr.com	psicó- loga	R. 566, no. 31 – N. S Graças	(24) 3346-1259 (C. S. V. R.) / 2726 (24) 3345-1666 r207 , 149 e 138 fax (24) 3339-9647/ 9649 SMS / 2168

6. CONSELHOS MUNICIPAIS ANTI-DROGAS COMADS NO RIO DE JANEIRO

NOME: CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE ANGRA DOS REIS

UF: RJ CIDADE: ANGRA DOS REIS

ENDEREÇO: PRAÇA GENERAL OSÓRIO - CENTRO DE ESPECIALIDADE MÉDICA

BAIRRO: CENTRO CEP: 23900-000

TELEFONE: FAX:

E-MAIL: BETANNIA@TERRA.COM.BR

NOME: CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS ARRAIAL DO CABO

UF: RJ CIDADE: ARRAIAL DO CABO

ENDEREÇO: AVENIDA LUIZ CORRÊA N. 300

BAIRRO: PRAIA DOS ANJOS CEP: 28930-000

TELEFONE: 22-99925817 FAX: 22-26226529

E-MAIL: APARECIDA.ARAUJO_31@HOTMAIL.COM

NOME: CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE BOM JARDIM

UF: RJ CIDADE: BOM JARDIM

ENDEREÇO: PRAÇA GOV. ROBERTO SILVEIRA, 44 3ª ANDAR

BAIRRO: CENTRO CEP: 28660-000

TELEFONE: 22-25662766 FAX: 22-25662059

NOME: CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE CAMPO DOS GOYTACAZES

UF: RJ CIDADE: CAMPOS DOS GOYTACAZES

ENDEREÇO: RUA BARÃO DE MIRACEMA, 335

BAIRRO: CENTRO CEP: 28035-301

TELEFONE: 22-88170192

NOME: CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE CARDOSO MOREIRA

UF: RJ CIDADE: CARDOSO MOREIRA

ENDEREÇO: RUA DONATILA VILELA, Nº 167

BAIRRO: CENTRO CEP: 28180-000

NOME: CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE ITATIAIA

UF: RJ CIDADE: ITATIAIA

ENDEREÇO: PRAÇA MARIANA ROCHA LEÃO, Nº 20

BAIRRO: CENTRO CEP: 27580-000

TELEFONE: 24-33526777

NOME: CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE MACAÉ

UF: RJ CIDADE: MACAÉ

ENDEREÇO: RUA DUQUE DE CAXIAS Nº 90

BAIRRO: VISCONDE DE ARAËJO CEP: 27943-032

TELEFONE: 22-27598759 FAX: 22-27598759

E-MAIL: COMAD@MACAE.RJ.GOV.BR

NOME: CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE MANGARATIBA

UF: RJ CIDADE: MANGARATIBA

ENDEREÇO: PRAÇA ROBERT SIMÕES, S/N

BAIRRO: CENTRO CEP: 23860-000

TELEFONE: 21-37814109

NOME: CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE MIGUEL PEREIRA

UF: RJ CIDADE: MIGUEL PEREIRA
ENDEREÇO: AVENIDA ROBERTO SILVEIRA, 251
BAIRRO: CENTRO CEP: 26900-000
TELEFONE: 24-24844703 FAX: 24-24841515
E-MAIL: SOCIAL@PMMP.RJ.GOV.BR

NOME: CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE NATIVIDADE

UF: RJ CIDADE: NATIVIDADE
ENDEREÇO: AVENIDAMAURO ALVES RIBEIRO JUNIOR Nº 50
BAIRRO: BALNEÁRIO CEP: 28380-000
TELEFONE: 22-38413395 FAX: 22-99265714

NOME: CONSELHO MUNICIPAL DE POLITICA E ATENÇÃO AO USO DE DROGAS DE NITERÓI

UF: RJ CIDADE: NITERÓI
ENDEREÇO: AVENIDA ERNANI DO AMARAL PEIXOTO, 116, 4ª ANDAR
BAIRRO: CENTRO CEP: 24020-074
TELEFONE: 21-26201793 FAX: 21-36221961
E-MAIL: COORDENACAOCONSELHOS@IG.COM.BR

NOME: CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE PARACAMBI

UF: RJ CIDADE: PARACAMBI
ENDEREÇO: RUA PROFESSOR EZEQUIEL LOPES DA SILVA N. 40
BAIRRO: CENTRO CEP: 26600-000
TELEFONE: 21-26834807
E-MAIL: COMAD-PARACAMBI@BOL.COM.BR

NOME: CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE RESENDE

UF: RJ CIDADE: RESENDE
ENDEREÇO: RUA DAS FIGUEIRAS N. 22
BAIRRO: CIDADE: ALEGRIA CEP: 27525-240
TELEFONE: 24-21080880 FAX: 24-21080755
E-MAIL: ORDEMPUBLICA_JOSE@RESENDE.RJ.GOV.BR

NOME: CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE RIO DAS FLORES

UF: RJ CIDADE: RIO DAS FLORES
ENDEREÇO: RUA CORONEL LADISLAU GUEDES, 3
BAIRRO: CENTRO CEP: 27660-000
TELEFONE: 24-24581348 FAX: 24-24581214

NOME: CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DO RIO DE JANEIRO

UF: RJ CIDADE: RIO DE JANEIRO
ENDEREÇO: PRAÇA PIO X 119 - 7º ANDAR
BAIRRO: CENTRO CEP: 20040-020
TELEFONE: 21-2976-7449 FAX: 21-3874-0103
E-MAIL: COMAD@PCRJ.RJ.GOV.BR

NOME: CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE SÃO GONÇALO

UF: RJ CIDADE: SÃO GONÇALO
ENDEREÇO: RUA WALDYR DOS SANTOS Q. C - C. 1 N. 705

BAIRRO: ENGENHO PEQUENO CEP:
TELEFONE: 21-37135728

NOME: CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE TERESÓPOLIS

UF: RJ CIDADE: TERESÓPOLIS
ENDEREÇO: RUA PASTOR JOSÉ VIRGÍLIO DE MIRANDA, 15
BAIRRO: JARDIM EUROPA CEP: 25950-000

NOME: CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA DROGAS E ÁLCOOL DE VOLTA REDONDA

UF: RJ CIDADE: VOLTA REDONDA
ENDEREÇO: AVENIDA PAULO DE FRONTIN Nº 590
BAIRRO: ATERRADO CEP: 27293 150
TELEFONE: 24-33392150 / 33392154 FAX: 24-81821225
E-MAIL: COMUDAVENIDAOLTAREDONDA@YAHOO.COM.BR

7. ALGUNS PROBLEMAS ENFRENTADOS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

- ▣ A desinstitucionalização de pacientes sem o necessário acompanhamento da continuidade do tratamento médico e do serviço de reabilitação psicossocial;
- ▣ A ineficiência do CAPS como articulador estratégico da porta de entrada da rede: desarticulação dos serviços;
- ▣ Deficiências na integralidade da atenção, que deve envolver uma política intersetorial, ou seja, não apenas o tratamento médico e psicológico, mas de assistência social, lazer, inserção social e no mercado de trabalho, restabelecimento de vínculos, acompanhamento das famílias;
- ▣ A insuficiente articulação da atenção básica (ESF) com a saúde mental, e falta de NASF e equipe de apoio matricial;
- ▣ A superlotação do CAPS, em algumas localidades, leva usuários a buscarem ajuda em outras unidades fora da área na qual residem, o que compromete o papel de reabilitação psicossocial;
- ▣ Dificuldades na obtenção de medicamentos;
- ▣ Sobrecarga de trabalho nas equipes multiprofissionais, implicando em queda da qualidade da intervenção, demora excessiva no atendimento, ausência de revisões e mudanças nos projetos terapêuticos;
- ▣ Aplicação dos recursos destinados à saúde mental de forma inadequada;

- ▣ Insuficiência de Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT para absorção de pacientes que precisam ser desinstitucionalizados;
- ▣ Falta de vigilância do CAPS sobre o SRT a ele vinculado;
- ▣ Falta de capacitação dos profissionais que atuam nos ambulatórios gerais ou especializados: normalmente contratados ou cooperativados;
- ▣ Desproporção entre o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e a oferta de recursos assistenciais para a população psiquiátrica e familiares;
- ▣ Heterogeneidade nas gestões municipais em relação à política de saúde mental;
- ▣ Falta de fiscalização das unidades e serviços que integram a rede de saúde mental;
- ▣ Falta de interlocução do Ministério Público com os Gestores das três esferas de governo e com as instâncias de controle social do SUS;
- ▣ Falta de articulação entre Ministério Público Federal e Estadual para a fiscalização da política pública voltada para a saúde mental;
- ▣ Ausência, na prática, da figura do curador judicial, o que dificulta a tutela individual do interditando;
- ▣ Falta de integração entre as clínicas de tratamento para usuários de álcool e outras drogas e as equipes de saúde mental de cada município;
- ▣ Inúmeros mandados judiciais determinando internações involuntárias, recebidos pelas clínicas populares, que só deveriam receber internações voluntárias;
- ▣ Necessidade de criação pelos municípios de instrumento específico para internação de usuário de álcool e drogas, que não são pacientes psiquiátricos e, portanto, não deveriam ser internados em hospitais psiquiátricos;
- ▣ Internação que demandam apenas tratamento ambulatorial e atenção assistencial para reinserção social e familiar, em razão da falta de desenvolvimento equipamentos específicos;
- ▣ Falta de qualificação de hospitais gerais para o tratamento destes pacientes.
- ▣ Falta de atenção hospitalar adequada: internação de usuários de drogas em unidades inadequadas e/ou sem indicação de internação;
- ▣ Falta de serviços hospitalares de referência para álcool e drogas.

8. PROPOSTA DE ATUAÇÃO INTERSETORIAL

- 1) Levantamento de dados demográficos e relativos à rede de saúde mental implantada em cada município, com identificação de referências;
- 2) Delimitação dos serviços que integram a atenção integral ofertados por cada região;
- 3) Identificação e acompanhamento de metas e programas nos Planos de Saúde Municipais e Estadual;
- 4) Auditoria dos recursos destinados aos programas de saúde mental;
- 5) Levantamento da real demanda apresentada pela população de portadores de transtornos mentais de cada município e região (interlocação entre PJs Cíveis, Família, Tutela Coletiva Infância e Juventude e Criminais);
- 6) Verificação da articulação do gestor local com o Programa de Formação de Recursos Humanos para Reforma Psiquiátrica;
- 7) Interlocação com o Ministério Público Federal acerca do repasse de verbas para os programas nacionais de saúde mental (exceto verbas transferidas fundo a fundo);
- 8) Identificação de todos os programas voltados para a saúde mental, ex: Programa de Volta para Casa, nos quais o município está cadastrado;
- 9) Fomento da interlocação e formação de metodologia de trabalho conjunto entre Promotorias de Justiça com atribuição para tutela coletiva da saúde, tutela coletiva do deficiente, tutela individual do deficiente, violência doméstica e que atuam perante dos Juizados Especiais Criminais e Varas de Execução Penal;
- 10) Trabalho de campo para a fiscalização da realidade estrutural das unidades e serviços ligados à rede de saúde mental: capacitação das equipes técnicas dos CRAAls, celebração de parcerias e convênios, vistorias do GATE e Vigilância Sanitária do Estado e Conselhos de Saúde;
- 11) Levantamento das internações involuntárias nas quais o paciente não possui referência familiar, interdição e regularização de documentos;
- 12) Acompanhamento dos serviços dirigidos aos pacientes desinstitucionalizados;
- 13) Estudo acerca da política de realocação de recursos: economia feita com a extinção de leitos e aplicação das verbas na rede extra-hospitalar;
- 14) Acompanhamento da evolução dos projetos terapêuticos dos CAPS: evitar modelo “Capslocêntrico”;
- 15) Fiscalização da política de inserção do portador de doença mental no mercado de trabalho. Interlocação com o Ministério Público do Trabalho;

- 16) Avaliação da capacidade dos ambulatórios, hospitais gerais e unidades emergências para o cuidado específico do portador de transtornos mentais;
- 17) Avaliação das residências terapêuticas e identificação da real demanda de novas unidades;
- 18) Fomento à criação de suporte social;
- 19) Acompanhamento e fiscalização da política de distribuição de medicamentos;
- 20) Atuação coordenada por região para a criação de CAPS III (referência regional);
- 21) Verificação da capacitação das equipes de SAMU para atendimento de pacientes psiquiátricos e em crise;
- 22) Interlocução com as instâncias de controle social e capacitação de Conselhos Municipais de Saúde acerca dos programas de saúde mental;
- 23) Promoção de seminários intersetoriais sobre saúde mental;
- 24) Dinamização do fluxo de informações para as Promotorias de Justiça sobre programas e auditorias ligadas à saúde mental;
- 25) Busca pelo monitoramento de indicadores oficiais de saúde mental junto às esferas de governo;
- 26) Busca pela implantação dos programas socioassistenciais como parte da política de saúde mental trazida pela Portaria CNAS 109/09 (residências inclusivas, acompanhamento familiar e centros de convivência);
- 27) Utilização do Módulo de Saúde Mental como instrumento eficaz para o fluxo interno e externo de informações entre Ministério Público, gestores, unidades de saúde.

9. PROMOTORIAS DE JUSTIÇA COM ATRIBUIÇÃO PARA A PROTEÇÃO DE PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA E TRANSTORNOS MENTAIS

O Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro possui diversos órgãos que tutelam o direito à saúde mental. Em regra, todas as investigações relacionadas à política e aos serviços de saúde, bem como atos de improbidade administrativa nessa área, são realizadas pelas Promotorias de Tutela Coletiva. Cabe a essa Promotoria instaurar inquéritos civis para apurar possíveis irregularidades e, em sendo essas comprovadas, são ajuizadas ações civis públicas ou celebrados Termos de Ajustamento de Conduta.

Os objetos das investigações e das demandas judiciais variam desde, por exemplo, omissões do poder público na prestação dos serviços de saúde, más condições de funcionamento das unidades

de saúde, fiscalização da política intersetorial voltada para a saúde mental, proteção dos interesses ligados à cidadania dos pacientes, irregularidades na aplicação de recursos, etc.

Nos últimos dois anos, iniciou-se o processo de criação de Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva especializadas na área de saúde, cuja atribuição é a defesa dos direitos transindividuais de saúde, ou seja, que digam respeito a uma coletividade de pessoas, e não apenas a um indivíduo. Atualmente, existem dois órgãos de execução com atribuição exclusiva para tutela da saúde, no Estado do Rio de Janeiro:

PROMOTORIA DE TUTELA COLETIVA DA SAÚDE DA CAPITAL (cidade do Rio de Janeiro);

PROMOTORIA DE TUTELA COLETIVA DA SAÚDE DA BAIXADA FLUMINENSE, com sede na cidade de Nova Iguaçu, órgão que abrange os Municípios de Nova Iguaçu, propriamente dito, além de Nilópolis, Japeri, Mesquita, Queimados, Seropédica, Itaguaí, Magé, Guapimirim, Duque de Caxias, São João de Meriti, Belford Roxo, Paracambi.

Nos demais municípios do Estado, a tutela da Saúde é feita nas Promotorias de Tutela Coletiva, conforme acima esclarecido.

As Promotorias de Proteção ao Idoso e ao Portador de Deficiência constituem, também, órgãos de execução especializados na defesa de direitos coletivos dos portadores de deficiência e transtornos mentais, no que toca à política pública de assistência social. A política pública ligada à saúde mental é acompanhada pela Promotoria de Justiça da Saúde, onde houver, ou, na sua ausência, pela Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva.

Aqui, há que se fazer, desde logo, uma ressalva, qual seja, a de que não compete às Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva a defesa de direitos individuais dos pacientes. Assim, na hipótese de um paciente não ter sido satisfatoriamente atendido pela rede pública, sendo este um caso isolado, não podem as Promotorias de Tutela Coletiva atuar, eis que, como o próprio nome indica, o fato investigado deve ter natureza coletiva, abrangendo um número indeterminado ou determinado de pessoas, desde que, neste último caso, haja dimensão social.

Desta forma, caso se apresente a necessidade de tutela individualizada do portador de deficiência ou transtornos mentais, adulto com menos de sessenta anos, a atribuição caberá ao Promotor de Justiça de Órfãos e Sucessões nas comarcas onde houver Varas de Órfãos e Sucessões (foro central da capital do RJ), assim como aos Promotores de Justiça de Família (foros regionais da capital do RJ e demais Municípios do Estado do RJ). Em se tratando de pessoa acima de sessenta anos de idade, a atribuição será das Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência com atribuição para a tutela dos direitos individuais do idoso em situação de risco social.

Atualmente, o MPRJ conta com as seguintes Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência:

PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DE PROTEÇÃO AO IDOSO E À PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA CAPITAL

PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE PROTEÇÃO AO IDOSO E À PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA DO NÚCLEO CAMPOS DOS GOYTACAZES (Atribuição para atuar nas Comarcas de Campos dos Goytacazes, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana, e São João da Barra)

PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE PROTEÇÃO AO IDOSO E À PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA DO NÚCLEO DUQUE DE CAXIAS (Atribuição para atuar nas Comarcas de Belford Roxo, Duque de Caxias, São João de Meriti)

PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE PROTEÇÃO AO IDOSO E À PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA DO NÚCLEO NITERÓI (Atribuição para atuar nas Comarcas de Niterói, Maricá, Saquarema, Silva Jardim e Araruama)

PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE PROTEÇÃO AO IDOSO E À PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA DO NÚCLEO NOVA IGUAÇU (Atribuição para atuar nas Comarcas de Japeri, Nova Iguaçu, Mesquita, Nilópolis e Queimados)

PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE PROTEÇÃO AO IDOSO E À PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA DO NÚCLEO SÃO GONÇALO (Atribuição para atuar nas Comarcas de São Gonçalo, Itaboraí, Magé, Tanguá, Guapimirim e Rio Bonito)

Naquelas comarcas onde não houver Promotorias de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência as medidas deverão ser propostas pelo Promotor de Justiça Cível, conforme explicado abaixo, no item 7.

Por outro lado, existem, ainda, as **Promotorias de Infância e Juventude**, a quem cabe a defesa dos direitos de crianças (de 0 a 12 anos incompletos) e adolescentes (de 12 a 18 anos incompletos). Tais órgãos de execução, ao contrário das Promotorias de Tutela Coletiva, também podem defender os direitos individuais de crianças e adolescentes, caso esses não estejam devidamente representados ou assistidos por seus familiares.

Portanto, apenas para facilitar a compreensão, verifica-se o seguinte organograma, relativo à atribuição para a tutela do portador de deficiência e transtornos mentais:

1) Irregularidades ou Omissões na política pública de saúde:

Regra: Promotorias de Tutela Coletiva (somente problemas envolvendo a coletividade). No Rio de Janeiro e Baixada Fluminense: Promotorias de Tutela Coletiva da Saúde;

2) Irregularidades ou Omissões na política pública de assistência social:

Regra: Promotorias de Tutela Coletiva (somente problemas envolvendo a coletividade) ou, onde houver, Promotorias de Proteção ao Idoso e ao Portador de Deficiência;

3) Necessidade de proteção de crianças e adolescentes até 18 anos: Promotorias de Infância e

Juventude (direitos coletivos de crianças e adolescentes; excepcionalmente, proteção individual dos menores que não estiverem devidamente representados ou assistidos por seus familiares);

4) **Necessidade de proteção individualizada de portadores de deficiência e transtornos mentais, com mais de sessenta anos:** Promotorias do Idoso e do Portador de Deficiência (proteção individual dos idosos que não possuem família ou estiverem negligenciados por ela), ou, onde não houver, pelo Promotor de Justiça Cível;

5) **Necessidade de proteção individualizada de portadores de deficiência e transtornos mentais, com menos de sessenta anos:** Promotor de Justiça de Órfãos e Sucessões nas comarcas onde houver Varas de Órfãos e Sucessões (foro central da capital do RJ), assim como aos Promotores de Justiça de Família (foros regionais da capital do RJ e demais Municípios do Estado do RJ).

Outra instituição essencial à justiça é a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, que presta assistência jurídica àqueles que não possuem condições de arcar com as despesas de honorários de advogado. A Defensoria Pública deve ser acionada na hipótese de violação de direitos individuais, em que o lesado pretenda ingressar com demanda judicial por sua própria conta.

10. CADASTRO DOS CAPS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

REGIÃO : BAÍA DA ILHA GRANDE

Município	Nome do Serviço	Endereço	Telefone	Responsável pelo Serviço
Angra dos Reis	CAPS II - CAIS São Bento (habilitado)	Av. Júlio César de Noronha, 90 – Centro / São Bento	(24) 3365-5647 fone fax / 7345/5870	Nazaré Fátima de Oliveira Reis cais@angra.rj.gov.br
	CAPSad	R. Benedito Pereira da Rocha, 363 - Parque das Palmeiras	(24) 3365-1880 fone / fax	Rosângela Salgueiro Nascimento rosangelaalexandrino@yahoo.com.br
	CAPSI	R. Azevedo e Souza, 07 - Balneário	(24) 3365 5647 fone/fax	Ana Paula B de Oliveira da Silva p.ana.barros@hotmail.com fugar.capsi@angra.rj.gov.br
Mangaratiba	CAPS I (habilitado)	R. Major José Caetano, 136 - Centro, CEP: 23860-000	(21) 2789 6020	Coord. Téc: Joilson Calazans calazansjoilson1@yahoo.com.br caps_mangaratiba@hotmail.com Coord. Adm: Valesca Costa mouraval@click21.com.br
Paraty	CAPS I - Para - TI (habilitado)	R. Campo da Aviação, 117 - Patitiba, CEP: 23970-000	(24) 3371- 6554 / 1186 (fax sect.)	Eline Mutti elinemutti@yahoo.com.br capsiparaty@gmail.com

REGIÃO : BAIXADA LITORÂNEA

Município	Nome do Serviço	Endereço	Telefone	Responsável pelo Serviço
Cabo Frio	CAPS II (habilitado)	R. General Alfredo G. B. Martins, s/nº - Braga	(22) 2645 0047 / 2647 6939	Sandra Aquino - PSM sandraquino@uol.com.br Ariadne Oliveira - Dir do CAPS ariadnepsi@uol.com.br
Rio das Ostras	CAPS I (habilitado)	R. Rêgo Barros, 217 - Centro	(22) 2771 4130 (22) 2771 6394	capsro2008@gmail.com Fátima Cristina de O. Candeco fatimacandeco@yahoo.com.br Edilberto Castilho ev.doutorcastilho@hotmail.com
São Pedro D'Aldeia	CAPS I - Casarão da Saúde Sebastião Antônio Fernandes (habilitado)	R. Prefeito Valdir Lobo, s/nº - Morro dos Milagres, CEP: 28940-000	(22) 8816-2861 / 9242-3661	Fátima Ribeiro frgpsic@hotmail.com

REGIÃO : CENTRO-SUL

Município	Nome do Serviço	Endereço	Telefone	Responsável pelo Serviço
Comendador Levy Gasparian	CAPS I - Caminho Novo (habilitado)	Estr. União Indústria, nº 139, Km 131, Centro, CEP: 25870 – 000	(24) 2254 – 1109	Jane Aparecida S. da Neiva jane.neiva@oi.com.br
Engº Paulo de Frontin	CAPS I - Dr. Ricardo Portugal (habilitado)	R. Antônio Leal, s/nº - Aguada	(24) 2463-1666 / 3932 ramal 218	Lúcia Regina Pontes bugus@uol.com.br
Mendes	CAPS I Hugo de C. Pedrosa (habilitado)	R. Vicente Rocha, s/n.º - Santa Rita, CEP: 26700-000	(24) 2465-1046 (tel/fax)	Marilda de Fátima Pereira capsmendes@best.com.br
Paracambi	CAPS II - Vila Esperança (habilitado)	R. Maximiliano de Carvalho, 41 – Lages	(21) 3693-3109	Gerson Pereira da Silva geper@ig.com.br
	CAPSad - Renascer (habilitado)	R. Maria da Silva França, 34 – Centro	21 8659 4326	Luiz Carlos Felício luizpsicarlos@hotmail.com
Paraíba do Sul * o CAPSad é consorciado com Levy Gasparian/Paty do Alferes	CAPS I - Dr. Ubirajara H. Rodrigues (habilitado)	Av. Marechal Castelo Branco, 76 - Centro, CEP: 25850-000	(24) 2263-2045	Andrea Bernardes de Almeida andreacapsmental@yahoo.com.br
	*CAPSad - Dr. Paulo Delgado (habilitado)	Est. Jorge Junqueira, s/n.º - Inema, CEP: 25850-000	(24) 2263-1056	Fabiana Sanches fabianasanches16@yahoo.com.br
Três Rios	CAPS II Margareth Obeica Meirelles (habilitado)	R. Presidente Vargas, 498 - Centro	(24) 2252 3950	Andréa Zanatta (coord do PSM) anzasa@yahoo.com.br Thais Renata Pereira (dir. CAPS) taismelpedro@yahoo.com.br
	CAPSad - Zilda Januzzi Veloso (habilitado)	R. Prefeito Joaquim Ferreira, 246 - Centro	(24) 2255 4539	Octavia Cristina Barros octaviacristinabarros@yahoo.com.br
Vassouras	CAPS I - Dr. Horácio Tavernad dos Santos (habilitado)	Av. Rui Barbosa, 213 - Santa Amália	(24) 2471-2585	Rosane Mara P. de Oliveira romapope@gmail.com
Sapucaia	CAPS I - Heloísa Orichio	Rua Coronel Marcondes, 362 - Centro	(24) 2271-1167 / 2304 R 30	Bruna Lemgruber brunalemgruber@yahoo.com.br secsapucaia@yahoo.com.br

REGIÃO : MÉDIO PARAÍBA

Município	Nome do Serviço	Endereço	Telefone	Responsável pelo Serviço
Barra do Pirai	CAPS I - Nossa Casa (habilitado)	R. Angélica, 187 – Santana	(24) 2443-6927	Ana Lúcia S. S. Carvalho capsnossacasa.bp@gmail.com
Barra Mansa	CAPS II - Estação Mental (habilitado)	Avn. Francisco Vilela, 292, Estamparia	(24) 3324-2644	Lúvia Feres
	CAPSi - Estação Viver (habilitado)	Avn. Francisco Vilella, 337 – Centro, CEP: 27330-590	(24) 3323-0164 (tel/fax)	Ivan Alves da Cunha ivancunha2003@yahoo.com.br
	CAPSad	R. Pedro Vaz, 52 - Centro	(24) 3322 4602	Sérgio Murilo C. de Souza confi.devezas@uol.com.br
Pirai	CAPS I - Reviver (habilitado)	R. Manoel Teixeira Campos Júnior, 111 - Centro	(24) 2431 3910	Ana Raquel Octaviano anaraquellov@yahoo.com.br
Pinheiral	CAPS I - Espaço da Esperança (habilitado)	R. Cel. Joaquim Ferreira Ribeiro, 120 - Centro	(24) 3356-6320	Luiz Claudio da Conceição luizservicosocial@hotmail.com
Porto Real / Quatis	CAPS I - Sonho Real (habilitado)	R. Pasquino Maretti, s/nº - Jardim Real (ao lado do PSF Jardim Real)	(24) 3353-2297	Renato Gomes da Silva rgomespsi@yahoo.com.br
Resende	CAPS II - Casa Aberta (habilitado)	Av. General Afonseca, 1723 - Vila Julietta	(24) 3359-4893	Valéria Barbosa valeriambarbosa@ig.com.br
	CAPSad - Padeq (habilitado)	R. Madre Angélica, 28 - Jardim Brasília	(24) 3360-5410 (tel/fax)	Mirian de Fátima Martins mf_psi@oi.com.br capsadresende@yahoo.com.br
Resende	CAPSi (habilitado)	R. Pandiá Calógeras, 205 - Bro. Jardim Jalisco	(24) 3360-5520 (tel/fax)	Silvia Hacker capsibolsaamarela@hotmail.com silviahacker@oi.com.br
Itatiaia	CAPS I (habilitado)	R. Dona Polinária, 53 - Centro	(24) 3352-3006	Mônica Isidoro mizsilva@yahoo.com.br
Valença	CAPS II - Dr. Ubiratan D. Coelho (habilitado)	Av. do Contorno, 1650 - Jardim Valença	(24) 2452-1493	Leonardo Esteves de Oliveira capsvalenca@gmail.com
Volta Redonda	CAPS II - Usina dos Sonhos (habilitado)	R. Grandes Lojas, 77 - Retiro (na rua do CRAS)	(24) 3338 9043	Ana Paula Schettino schettin@globo.com
	CAPS II - Vila (habilitado)	R. 154, no. 68 – Laranjal, CEP: 27255-060	(24) 3342 6316	Edna edna.naps@epdvr.com.br
	CAPSi - Viva Vida (habilitado)	Avn. Amazonas, 175 – Vila Mury, CEP: 27283-580	(24) 3339 2280 / 3349 6303	Lilian Carvalho: liliancarvalhoavarela@yahoo.com.br lcv@portalvr.com capsi.sms@epdvr.com.br
	CAPSad - Cais Aferrado (habilitado)	Avn. Gov. Luiz Monteiro Portela, 282 – Aferrado. CEP: 27213-080	(24) 3338 9088	Luciano Simões Canavez lucianocanavez@click21.com.br caps_ad@portalvr.com

REGIÃO : METROPOLITANA I

Município	Nome do Serviço	Endereço	Telefone	Responsável pelo Serviço
Belford Roxo	CAPS II (habilitado)	R. Expedicionário E. Batista, 294/296, Areia Branca,	(21) 2761-0091 / 2762-1647	Renata Glória
	CAPSi (habilitado)	R. João Fernandes Neto, 920 - Centro	(21) 2779-5549	Claudia Botelho capsi_belfordroxo@yahoo.com.br botelhorj@yahoo.com.br
	CAPSad - Zaira Bichieri (habilitado)	R. Lúcia, 100 – Centro, CEP: 26130-035	(21) 3662-0832	Shirley Dilma shirleidilma@gmail.com
Duque de Caxias	CAPS II - Leslie S Chavim (habilitado)	R. Marechal Deodoro, 147 – 25 de Agosto, CEP: 25071-190	(21) 2671- 5806	Nilzete de Araújo R. Costa capscaxias@ig.com.br nilzete costa@ig.com.br
Duque de Caxias	CAPSi (habilitado)	R. Marechal Floriano, 966 Térreo – 25 de Agosto, CEP: 25075-020	(21) 2772-7569	Lenilva da Cruz capsijinf@yahoo.com.br lenicmc@hotmail.com
	CAPSad - Renato Russo	R. Correia Méier, 127 - XXV de Agosto	(21) 2673-6144	Elizabeth Louzão betelousao@hotmail.com capsadduquedecaxias@gmail.com
Itaguaí	CAPS II - Bem Viver (habilitado)	R. Luiz Pierre, 61 – Centro, CEP: 23815-310	(21) 3781-0508 / 2688-6052 R 258 (fax)	Aída Maria Diniz Leite capsbemviver@itaguaí.rj.gov.br saudemental@itaguaí.rj.gov.br
	CAPSi - Casinha Azul	R. Reverendo Otávio Luis Vieira, 545 - Centro	(21) 2688 6269	Iris Guerrero saudemental@itaguaí.rj.gov.br irisguerrero@ymail.com
	CAPSad - Viva Vida (habilitado)	R. Dídimo José Batista, 496 – Sasé	(21) 2688-7749	Marcos Henrique dos Santos capsbemviver@itaguaí.rj.gov.br

Japeri	CAPS II - Dr. Jorge Rejame (habilitado)	Av. Dr. Arruda Negreiros, 49 – Centro, CEP: 26460-200	(21) 2670 1168	Alessandra Mascarenhas alessandra_mascarenhas@hotmail.com
Magé	CAPS II (habilitado)	Rua Dr. Arnolfo Tavares, s/nº – Pq Estrela - Piabetá , CEP: 259925-000	2633 0948	Ana Paula Marcatti apmmarcatti@hotmail.com
	CAPSad (habilitado)			Elizabete Nogueira beteenogueira@hotmail.com
Mesquita	CAPS II - Casa Verde (habilitado)	Tenente Aldir Soares Adriano, 109 - Centro (ao lado do Batalhão)	(21) 2696-1959 (tel/fax)	Fabiana da Costa Pereira fabianacosta@ig.com.br capscasaverde@ig.com.br
	CAPSad	R. Ambrósio, 605 - Vila Emil	(21) 2696-1959	Bernadete Carvalho dos Santos bernathor@hotmail.com
Nilópolis	CAPS II - Espaço Vivo (habilitado)	Av. Getúlio Vargas, , 1542 – Centro, CEP: 26525-010	(21) 2791 9008 (orelhão)	Josiane Bonadiman jbonadiman@ig.com.br capsnilopolis@gmail.com
Nova Iguaçu	CAPS III - Dr. Jayr Nogueira (habilitado)	R. Floresta Miranda, 113 – Centro	(21) 2667-3674 (tel/fax)	Márcia Cristina Tavares marbfavares@ig.com.br
Nova Iguaçu	CAPSi Dom Adriano Hipólito	R. Benjamin Chambarelli, 241, KM 11 – Caonze , CEP: 26250-271	(21) 3773-7843 (tel/fax)	Karla Fonseca karlafonseca07@hotmail.com capsiguacu@bol.com.br
	CAPSad Vanderley Marins (habilitado)	R. Bernardino de Mello, 2845 – Centro , CEP: 26255-140	(21) 2668-5041	Celso Vergne celsovergne@yahoo.com.br
Queimados	CAPSi	Av. Alcindo Bulhões Paes, 151 - Centro	(21) 2665 1238	Kátia Aparecida M. B. Mendes kaffiabmendes@hotmail.com
	CAPS II (habilitado)	Travessa Marques, 195 - Centro	(21) 2779-9103	Teresa Cristina Varquez teresavarquez@uol.com.br
Rio de Janeiro	CAPS II - Rubens Corrêa (habilitado)	R. Capitão Aliatar Martins, 231 - Irajá CEP: 21220-660	(21) 3833 3340 / 3341	Direção: Dayse Nobre capsrubenscorrea@rio.rj.gov.br
	CAPS II - Pedro Pellegrino (habilitado)	Pça. Major Vieira de Melo, 13 , Fundos / Comari – Campo Grande	(21) 3394 2583	Direção: Janaina Barros Fernandes cappellegrino@rio.rj.gov.br
	CAPS II - Simão Bacamarte (habilitado)	R. Senador Camará, 224 – Sta. Cruz, CEP: 23570-160	(21) 3365-8778 / 3395 0898	Direção: Adriana Barbosa da Fonseca capsbacamarte@rio.rj.gov.br
	CAPS II - Ernesto Nazareth (habilitado)	Avn. Paranapuã, 435 – Ilha do Governador, CEP: 21910-001	(21) 3367 5145	Direção: Franci Bruguer francimmb@uol.com.br capsnazareth@rio.rj.gov.br
	CAPS II - Arthur Bispo do Rosário (habilitado)	Est. Rodrigues Caldas, 3400 – Taquara / Jacarepaguá	(21) 2456-7537 / 3412- 5619 /5608	Direção: Patrícia Pereira de Figueiredo capsbrosario@rio.rj.gov.br
	CAPS II - Fernando Diniz (habilitado)	R. Filomena Nunes, 229 – Olaria, CEP: 21021-380	(21) 3867-1319	Direção: Carla Cristina Paes Leme capsfdiniz@rio.rj.gov.br
	CAPS II - Profeta Gentileza (habilitado)	Est. de Inhoaíba, 849 – Inhoaíba /Campo Grande , CEP: 23063-010	(21) 3155-7057	Direção: Eunice Rangel limanyce@brturbo.com.br capsprofetagentileza@ibest.com.br
	CAPS II - Lima Barreto (habilitado)	R. São Tomás de Aquino, 67 – Bangu CEP: 21870-110	(21) 3462 5449 / 3331 8500	Direção: Abmael Alves capslbarreto@rio.rj.gov.br capslbarreto@gmail.com
	CAPS II Linda Batista (habilitado)	R. Orélia, 381 – Guadalupe	(21) 2475-4917	Alexandre Trino alextrino@hotmail.com
	CAPS II Clarice Lispector (habilitado)	R. Dois de Fevereiro, 785A – Encantado, CEP: 20730-450	(21) 3111-7411 / 7489	Direção: Karine Mira Russano capsclispector@rio.rj.gov.br kqmira@gmail.com
	CAPS II Torquato Neto	R. Vereador Jansem Muller, 329 Fundos – Cachambi	(21) 3111-4168/4169	Direção: Patrícia Miranda patriciamiranda@rio.rj.gov.br
	CAPS II - UERJ	Av Marechal Rondon, 381 - São Francisco Xavier	(21) 2334-2371 / 2372	Direção: Neilanza Micas Coe neilanza@ig.com.br
	Rio de Janeiro	CAPS III Maria do Socorro	Estrada da Gávea, s/nº , curva do S - São Conrado (Rocinha)	(21) 3322 6148 / 6368
CAPS III João Ferreira Filho		Estrada do Itararé, 951 - Ramos (Complexo do Alemão)	2293 4192 (PSM)	Diretora: Patrícia Matos capslljoaoferreira@gmail.com

	CAPSad Raul Seixas (habilitado)	R. Dois de Fevereiro, 785 – Encantado / Engenho de Dentro, CEP: 20730-451	(21) 3111-7512/7126	Juliana Caramore jcaramore@terra.com.br crseixas@smsdc.rj.gov.br
	CAPSad - CENTRA Rio (habilitado)	R. Dona Mariana, 151 – Botafogo	(21) 2334 8107/ 8108 / 8109 / 8110	Márcio Barbeito centrarioses@hotmail.com capsad.centra rio@saude.rj.gov.br
	CAPSad - Mané Garrincha (habilitado)	R. Prof. Manoel de Abreu, 196 - Maracanã	(21) 2284 6339 / 6860	Direção: Simone César Delgado capsadmanegarrincha@rio.rj.gov.br
	CAPSi - Pequeno Hans (habilitado)	Av Ribeiro Dantas, 571 - Bangu	(21) 3355 7907 / 3887	Kátia Santos capsiphans@rio.rj.gov.br katiawsantos@ig.com.br
	CAPSi - CARIM (habilitado)	Avn. Venceslau Brás, 71 fundos – Botafogo, CEP: 22290-140	(21) 3873-5574	Cristina Luce cristina.luce@infolink.com.br carim@ipub.ufrj.br
Rio de Janeiro	CAPSi - Eliza Sta Roza (habilitado)	R. Sampaio Corrêa, 105 - Taquara / Jacarepaguá	(21) 3412 5601 / 5605	Joana Vbranovsky capsiesr@rio.rj.gov.br / jodv@globo.com
	CAPSi Mª Clara Machado (habilitado)	R. Gomes Serpa, 49 - Piedade	(21) 3111-7509	Anamaria Lambert aclambert@hotmail.com capsimariaclara@gmail.com
	CAPSi João de Barro	Rua Aricuri, 267 - Jardim da Luz / Campo Grande	(21) 3394-2668	Alda Cardoso psialda36@gmail.com capsijb@rio.rj.gov.br capsijb@gmail.com
São João de Meriti	CAPS II (habilitado)	R. Presidente Lincoln, Lote 69, Qd 52, 53 e 54 - Jardim Mirifi	2651 - 5804 / 3755-4078 R 217 (PSM)	Christiane Goulart chgoulart@oi.com.br
	CAPSi - Dr. João Dansa Ribeiro (habilitado)	R. Dr. José de Carvalho, s/n - Vila Tiradentes - São João de Meriti (ao lado da APAE)	2755 - 1429 / 3755-4078 R 217 (PSM)	Kizzy Grace Canavezes kcanavezes@yahoo.com.br
	CAPSad	R. Comendador Telles, 3.199 - Vila São Sojé	(21) 2786-0887	
Seropédica	CAPS II - Bicho da Seda (habilitado)	Est. Rio-São Paulo, 249 , KM 41 – Campo Lindo, CEP: 23890-000	(21) 2682 2814	Jamilla Barros jamillaebarrros@ig.com.br

REGIÃO : METROPOLITANA II

Município	Nome do Serviço	Endereço	Telefone	Responsável pelo Serviço
Itaboraí	CAPS II - Pedra Bonita (habilitado)	R João Caetano, 370 - Centro, CEP: 24800-000	(21) 2635-2615	Maguilane Campos Dutra maguiidutra@hotmail.com
	CAPSi - João Caetano (habilitado)	R. Dr. Mesquita, 306 - Centro	(21) 7130 7714	Priscila Ribeiro Gomes capsijc@gmail.com psicologia_priscila@hotmail.com saudementalitaborai@gmail.com
Maricá	CAPS II	R. Clímaco Pereira, 241 - Centro	(21) 2637 6830 / 2637 2578 (PSM)	Diretora: Vânia L. da Silva lopesstrovao@hotmail.com Coord. Técn.: Camila Silva camillinha.psi@hotmail.com
Niterói	CAPS II - Herbert de Souza (habilitado)	R. Marquês de Olinda, 104 - Centro, CEP: 24030-170	(21) 2622-1533 (tel/fax)	Kelly Batalha Siqueira capsherbertdesouza@yahoo.com.br kb_siqueira@yahoo.com.br
	CAPS II - Casa do Largo (habilitado)	R. Nilo de Freita, 41 - Largo da Batalha, CEP: 24310-410	(21) 2616-5612 (tel/fax)	Melissa Machado de Freitas capsasadolargo@yahoo.com.br melissacheibub@ig.com.br
	CAPSad - Alameda (habilitado)	Alameda São Boaventura, 129 - Fonseca, CEP: 24130-700	(21) 2718-5803	Elisângela Onofre capsadalameda@gmail.com
	CAPSad - CRIAA (habilitado)	R. General Castrioto, 588 - Barreto	(21) 2628-9242	Hélcio Fernandes Matos hmatos11@globo.com
	CAPSi - Monteiro Lobato (habilitado)	R. Tiradentes, 18 - Ingá,	(21) 2620 0318 / 2621 6598 fax	Maria Cecília capsimobato@yahoo.com.br mcecilia.mp@gmail.com
Rio Bonito	CAPS I - Dr. Cléber Paixão (habilitado)	Av. Sete de Maio, 645 - Centro, CEP: 28800-000	(21) 2734-2488	Cátia Maria Azevedo catiaazevedo@click21.com.br capsriobonito@gmail.com
São Gonçalo	CAPS II - Paulo M Costa (habilitado)	Trav. Margarida, 46 - Mutondo, CEP: 24452-200	(21) 2725-5512	Maribel Silva de Andrade caps.paulomarcoscosta@hotmail.com maribel.andrade@oi.com.br
	CAPSi - Zé Garoto (habilitado)	Pça. Stephânia de Carvalho, s/nº - Zé Garoto , CEP: 24440-195	(21) 2605 1909	Fátima Graneiro fatimagraneiro@hotmail.com zegaroto@gmail.com

REGIÃO : NORTE

Município	Nome do Serviço	Endereço	Telefone	Responsável pelo Serviço
Campos dos Goytacazes	CAPS II - Dr. João B. A. Gomes (habilitado)	R. André Luiz, 54 - Jardim Carioca / Guarús,	(22) 2734-9054	Eliane Cristina França quiek@uol.com.br
Campos dos Goytacazes	CAPSad - Dr. Ari Vianna (habilitado)	R. José Patrocínio, 102 - Centro	(22) 2726-7749 / 1391 fax	Fernanda Chagas fernandachagas@hotmail.com capsadcamposrj@hotmail.com
	CAPSI - Dr. João Castelo Branco (habilitado)	Av. 7 de Setembro, 258 - Centro	(22) 2722-0358	Angela Ventura capsicastelobranco@yahoo.com.br angela-mvc@hotmail.com
Conceição de Macabu	CAPS I - CAPS da Vida (habilitado)	R. Moacir Caldas, casa 56, Garapa	(22) 2779-2345 (tel/fax)	Karla Andrade Vargas karla@facilifti.com.br capsmacabu@facilifti.com.br
Macaé	CAPS II - Betinho (habilitado)	R. Visconde de Quissamã, 482 - Centro	(22) 2772-5005	Mª Luiza Quaresma / Júlio César Pereira mlvquaresma@yahoo.com.br / juliocesarto@uol.com.br
	CAPSI - Oficina da Vida	R. Francisco Portela, 239 - Centro	(22) 2762-5225	Elaine Teresinha Ramos elegantil@yahoo.com.br Karla L. da Silva klugon@hotmail.com capsimacae@yahoo.com.br
	CAPSad - PORTO (habilitado)	R. Conde de Araruama, 569 - Centro,	(22) 2772-2317	Coord Adm.: Camila Coord. Téc.: Ana Lúcia capsad@macae.rj.gov.br
Quissamã	CAPS I (habilitado)	Av. Amílcar Pereira da Silva, 1321 - Piteiras	(22) 2768-1294 / 2768-9300	André Queiroz da Silva mdg1505@gmail.com
São Fidélis	CAPS I - Hélio dos Santos Sodré (habilitado)	R. Frei Vitório, 475 - Centro	(22) 2758-1115 / 1075 (fax)	Luciana Assis Azevedo lucianaassisazevedo@gmail.com
São João da Barra	CAPS I - Antônio Carlos Alves Novas	R. Manoel de Souza Braga, 51 Água Santa	(24) 2741-1635	Luciana Ribeiro Almeida lukinhara@yahoo.com.br
São Francisco de Itabapoana	CAPS I	Av. Mayerhoffer Pessanha, 48, RJ 228 - Ponto de Cacimbas (fica atrás do HM Manoel Carola)	(22) 2789 0606 (SMS) caps.sfi@gmail.com	Coord. Técn. : Salvador Correa sjuniarcampos@yahoo.com.br Coord. Adm.: Rita de Cássia Domingos ritadecassia@gmail.com

REGIÃO : NOROESTE

Município	Nome do Serviço	Endereço	Telefone	Responsável pelo Serviço
Bom Jesus do Itabapoana	CAPS I - José de O Borges (habilitado)	R. Aristides Figueiredo, 95 - Centro, CEP: 28360-000	(22) 3831-4215 (tel/fax)	Jussara Miranda mjumiranda@gmail.com
Italva / Cardoso Moreira	CAPS I - Cardoso Moreira (habilitado)	R. Figueira Barros, s/nº - Centro	(22) 2783-2564 / 2102 (22) 2783- 2434 (fax)	Sônia Maria Lino soniamilino@uol.com.br
Itaocara	CAPS I (habilitado)	R. Aldeia da Pedra, s/nº - Cidade Nova	(22) 3861-3298 (tel/fax) / 9837-4966 cel de emergência do CAPS	Gabriela Rocha Cosendey rochacosendey@bol.com.br caps.itaocara@bol.com.br
Itaperuna	CAPS II (habilitado)	R. José Silveira Goulart s/nº - Cehab	(22) 3822-9119	Ana Maria Soares capsitaperuna@ig.com.br
	CAPSad (habilitado)	R. José de Assis Barbosa, s/nº - Cehab	(22) 3822-8934	Nara Lopes Moreno capsitaperuna@ig.com.br
	CAPSI	R. Coronel Emiliano Silva, 22 - Bro. Certo	(22) 3822-9476	Helena Mª Teixeira hmteixeira@ig.com.br capsitaperuna@ig.com.br
Natividade / Varre-Sai	CAPS I (habilitado)	R. Santo Expedito, 204	(22) 3841-1248	Arnaldo Luís Vargas arnaldoecelia@hotmail.com
Miracema	CAPS I - Lydiane Barros (habilitado)	Rua Matoso Maia, 247 - Centro	(22) 3852-0542 R: 229 / 3852-1912 (fax)	Luciana Minard
Porciúncula/ Antônio Prado - MG	CAPS I (habilitado)	Praça Santo Antônio, 10 - Centro	(22) 3842-2806	Izaura Amélia iaamagal@nitnet.com.br saude@porciuncula.rj.gov.br
Santo Antônio de Pádua	CAPS I - Ilha da Convivência (habilitado)	Pça. Monsenhor Diniz, s/nº - Centro	(22) 3851-0005 R: 216 (22) 3853-4070 (fax) (22) 3851 0960	Elcimar Bellot capspadua@yahoo.com.br ebellot@uol.com.br

REGIÃO : SERRANA

Município	Nome do Serviço	Endereço	Telefone	Responsável pelo Serviço
Bom Jardim	CAPS I (habilitado)	Sítio Santa Izabel - Calheiras (Pto de ref. Estrada Águas Claras)	(22) 2566-2913	Érica de Jesus Dutra erica.sj@hotmail.com

Carmo	CAPS I (habilitado)	R. Alves Costa, 102 - Centro	(22) 2537-3831 (tel/fax) / 2080 (PSM)	Érica Regina Victorio erica_victorio@hotmail.com
Cordeiro	CAPS I (habilitado)	R. Diva Miranda Botelho, 41 - Sumaré	(22) 2551-2374 (tel/fax)	Kelly Cristian Graeff kcgraeff@hotmail.com saudemental.cordeiro@hotmail.com
Cantagalo	CAPS I - M ^o José R. Barrada (habilitado)	Trav. Hacib Mansur, 34 - Centro	(22) 2555-5943 (tel/fax)	Selma da Conceição Arão saudemental.cantagalo@ig.com.br selmarao@hotmail.com
Cachoeiras de Macacu	CAPS I (habilitado)	Av. Governador Roberto Silveira, 800 - Campo do Prado	(21) 2649-4839 / 9612- 6356	Neiva M ^o M. da Silva smentalm@hotmail.com neiva.ambiental@yahoo.com.br
Guapimirim	CAPS I (habilitado)	R. Pedro Ruffino, 199 - Centro	(21) 2632-4925	Rubens Camilo
Nova Friburgo	CAPS II (habilitado)	Av. Comandante Bittencourt, 142 - Centro	(22) 2523-4206	Ângela Maria Rezende programasdesaude@gmail.com
Petrópolis	CAPS II - Nise da Silveira (habilitado)	R. Montecaseros, 576 - Centro	(24) 2246-9064	Kátia F. Viana catita_nit@hotmail.com ssacaps@petropolis.rj.gov.br
	CAPSI - Sylvia Orthof (habilitado)	R. Montecaseros, 580 - Centro	(24) 2246-9214	Cláudia de Paulo Pereira ssacapsi@petropolis.rj.gov.br claudiadepaulo@hotmail.com
	CAPSad III (habilitado)	R. Paulino Afonso, 75 - Centro	(24) 2246 9198	M ^o Cristina Klôh cristinakloh@yahoo.com.br nucleoad@yahoo.com.br
São Sebastião do Alto	CAPS I (habilitado)	Estrada RJ 146, Km 01 - Floresta	(22) 9817 1429 / 2559 1127	Adriana Ruback caps_ssaito02@yahoo.com.br adriana_ruback@hotmail.com
Sta. M ^o Madalena / Trajano de Moraes	CAPS I (habilitado)	Fazenda Vargem Grande Bro. - Vila Maria, s/n ^o	(22) 2561 1266	Cristiane Valle Arrais cric@terra.com.br
Sumidouro	CAPS I (habilitado)	Av. José de Alencar, 1440 - Centro	(22) 2531-1490 (SMS)	Ana Paula de Aguiar Barcellos apauladea@gmail.com ap.barcellos@ig.com.br
Teresópolis	CAPS I (habilitado)	R. Júlio Rosa, 366 - Tijuca	(21) 3642 2776 (PSM) provisório	Kátia Ribeiro (PSM) saudementaltere2011@hotmail.com
	CAPS II (habilitado)			

11. LEITOS PSIQUIÁTRICOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Fonte: DATASUS/CNES/MS, set/2010

Informações dos leitos em Psiquiatria no Estado do Rio de Janeiro

CNES	Estabelecimento	Município	Leitos SUS	Observação
2280868	HOSPITAL E MATERNIDADE CODRATO DE VILHENA	ANGRA DOS REIS	3	
2285975	HOSPITAL DE AREAL	AREAL	2	
2287919	CASA DE CARIDADE SANTA RITA	BARRA DO PIRAI	1	
2799308	PRONTO SOCORRO	BARRA DO PIRAI	3	
2280051	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	BARRA MANSA	8	
2282801	HOSPITAL DR CELSO ERTHAL	BOM JARDIM	1	
2282755	CLINICA DE REPOUSO ITABAPOANA LTDA	BOM JESUS DO ITABAPOANA	320	
2696940	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	BOM JESUS DO ITABAPOANA	1	
2283395	HOSPITAL SAO JOSE OPERARIO	CABO FRIO	1	
2696924	HOSPITAL MUNICIPAL DR CELSO MARTINS	CACHOEIRAS DE MACACU	2	
2287579	HOSPITAL FERREIRA MACHADO SMS	CAMPOS DOS GOYTACAZES	1	
3002187	HOSPITAL GERAL DE GUARUS	CAMPOS DOS GOYTACAZES	1	
2696908	HOSPITAL JOAO VIANA	CAMPOS DOS GOYTACAZES	120	
2696444	SANATORIO HENRIQUE ROXO	CAMPOS DOS GOYTACAZES	120	
2267713	HOSPITAL DE CANTAGALO	CANTAGALO	1	
2272601	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO CARMO	CARMO	4	
2283808	HOSPITAL ANTONIO CASTRO	CORDEIRO	1	
2277565	HOSPITAL MUNICIPAL DUQUE DE CAXIAS	DUQUE DE CAXIAS	6	
6007317	HOSPITAL MUNICIPAL MOACIR RODRIGUES DO CARMO	DUQUE DE CAXIAS	8	

2277778	SANATORIO DUQUE DE CAXIAS	DUQUE DE CAXIAS	240	Consta no CNES, mas, o estabelecimento foi fechado em dez/2008
2277174	HOSPITAL NELSON SALLES	ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	3	
6146376	HOSPITAL MUNICIPAL JOSE RABELLO DE MELLO	GUAPIMIRIM	2	
2284634	HOSPITAL MUNICIPAL SAO FRANCISCO XAVIER	ITAGUAI	2	
2278855	HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI	ITAPERUNA	1	
2290499	HOSPITAL MUNICIPAL DE LAJE DO MURIAE	LAJE DO MURIAE	1	
2278758	SAME	MAGE	104	
2266733	HOSPITAL MUNICIPAL CONDE MODESTO LEAL	MARICA	1	
5057531	HOSPITAL MUNICIPAL SANTA MARIA	MENDES	1	
12742	CASA DE SAUDE ALFREDO NEVES LTDA	NITEROI	80	
2282186	CASA DE SAUDE NITEROI	NITEROI	120	
12718	HOSPITAL PSIQUIATRICO DE JURUJUBA	NITEROI	120	
12823	SEAP RJ HOSPITAL DE CUST E TRAT PSIQUIATRICO HENRIQUE ROXO	NITEROI	153	
2293382	CLINICA DE REPOUSO SANTA LUCIA LTDA	NOVA FRIBURGO	160	
2284510	UNIDADE MISTA DE AUSTIN	NOVA IGUACU	2	

2285126	CASA DE SAUDE DR EIRAS DE PARACAMBI	PARACAMBI	344	Internações fechadas
2279355	HOSPITAL MUNICIPAL DR ADALBERTO DA GRACA	PARACAMBI	12	
2279592	HOSPITAL PARACAMBI LTDA	PARACAMBI	240	
2276186	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE	PARAIBA DO SUL	1	
2704587	HOSPITAL MUNICIPAL SAO PEDRO DE ALCANTARA	PARATI	1	
2275600	CASA DE SAUDE SANTA MONICA LTDA	PETROPOLIS	200	
2275589	HOSPITAL MUNICIPAL DR NELSON DE SA EARP	PETROPOLIS	10	
5307864	HOSPITAL MUNICIPAL SAO FRANCISCO DE ASSIS	PORTO REAL	1	
2272490	CLIVAPA	QUATIS	200	
2267209	HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA MARIA DE JESUS	QUISSAMA	1	
2288885	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RESENDE	RESENDE	1	
2291061	HOSPITAL COLONIA DE RIO BONITO	RIO BONITO	440	Internações fechadas
6069134	HOSPITAL MUNICIPAL DE RIO DAS OSTRAS	RIO DAS OSTRAS	2	
2269406	CLINICA DA GAVEA	RIO DE JANEIRO	120	Internações fechadas
2269643	CLINICA DAS AMENDOEIRAS	RIO DE JANEIRO	120	Internações fechadas
2295385	CLINICA DE REPOUSO SANTA EDWIGES	RIO DE JANEIRO	90	
2708353	FIOCRUZ INST FERNANDES FIGUEIRA	RIO DE JANEIRO	1	
2269961	HOSPITAL DO ARSENAL DE MARINHA RJ	RIO DE JANEIRO	2	HG específico para Marinha
2273403	HOSPITAL PEDRO DE ALCANTARA	RIO DE JANEIRO	60	
2270706	INSTITUTO DR FRANCISCO SPINOLA	RIO DE JANEIRO	280	
2273659	MS HOSPITAL DA LAGOA	RIO DE JANEIRO	1	
2295059	SANATORIO RIO DE JANEIRO LTDA	RIO DE JANEIRO	120	
2270188	SEAP RJ CENT TRAT DEP QUIM R MEDEIROS	RIO DE JANEIRO	161	
2270161	SEAP RJ HOSP DR HAMILTON A V CASTRO	RIO DE JANEIRO	1	
2270730	SEAP RJ HOSPITAL FABIO SOARES MACIEL	RIO DE JANEIRO	1	
2270722	SEAP RJ HOSPITAL HEITOR CARRILHO	RIO DE JANEIRO	167	
2758091	SESEDEC HOSPITAL ESTADUAL PEDRO II	RIO DE JANEIRO	10	
2291304	SESEDEC RJ CENTRO PSIQ RIO DE JANEIRO	RIO DE JANEIRO	17	
2273381	SMSDC HOSPITAL MUN J MANFREDINI	RIO DE JANEIRO	53	
2269341	SMSDC HOSPITAL MUN JESUS	RIO DE JANEIRO	1	
2270609	SMSDC HOSPITAL MUN LOURENCO JORGE	RIO DE JANEIRO	1	

2270609	SMSDC HOSPITAL MUN LOURENCO JORGE	RIO DE JANEIRO	1	
2270269	SMSDC HOSPITAL MUN MIGUEL COUTO	RIO DE JANEIRO	1	
2273489	SMSDC HOSPITAL MUN ROCHA MAIA	RIO DE JANEIRO	1	
2269996	SMSDC IMAS JULIANO MOREIRA	RIO DE JANEIRO	680	
2280728	SMSDC INST MUN NISE DA SILVEIRA	RIO DE JANEIRO	280	
2288362	SMSDC INST MUN PHILIPPE PINEL	RIO DE JANEIRO	95	
2273373	SMSDC MATERN OSWALDO NAZARETH	RIO DE JANEIRO	1	
2273438	SSP HOSPITAL DA POLICIA MILITAR	RIO DE JANEIRO	12	HG específico para SSP
2269783	UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	RIO DE JANEIRO	10	
2280167	UFRRJ HOSPITAL CLEMENTINO FRAGA FILHO	RIO DE JANEIRO	2	
2269430	UFRRJ INSTITUTO DE PSIQUIATRIA IPUB	RIO DE JANEIRO	115	
2270021	UFRRJ MATERNIDADE ESCOLA	RIO DE JANEIRO	2	
2295415	UNIRIO HOSPITAL UNIV GAFFREE E GUINLE	RIO DE JANEIRO	1	
5095824	HOSPITAL BASILEU ESTRELA	SANTA MARIA MADALENA	1	
3040119	HOSPITAL HELIO MONTEZANO DE OLIVEIRA	SANTO ANTONIO DE PADUA	2	
2697076	CASA DE SAUDE E MATERNIDADE SANTA MARIA	SAO GONCALO	1	
2292165	CASA DE SAUDE NOSSA SENHORA DAS NEVES	SAO GONCALO	1	
2297515	CLINICA NOSSA SENHORA DAS VITORIAS	SAO GONCALO	360	
2297450	CLINICA SANTA CATARINA	SAO GONCALO	120	
2696746	PRONTO SOCORRO CENTRAL DR ARMANDO GOMES DE SA COUTO	SAO GONCALO	1	
2292084	PRONTO SOCORRO MARIO NIAJAR ALCANTARA	SAO GONCALO	8	

2274493	ASSOCIACAO DE CARIDADE HOSPITAL SAO JOAO DE MERITI	SAO JOAO DE MERITI	1	
2274523	CASA DE SAUDE VILAR DOS TELES	SAO JOAO DE MERITI	240	Internações suspensas
2274108	POLICLINICA MUNICIPAL AGUINALDO MORAES	SILVA JARDIM	1	
2268051	HOSPITAL MUNICIPAL DR JOAO PEREIRA MARTINS	SUMIDOURO	2	
2283697	CLINICA DE REPOUSO EGO	TANGUA	160	
2292513	BENEFICENCIA PORTUGUESA DE TERESOPOLIS	TERESOPOLIS	1	
2292661	CLINICA DE REPOUSO TRES RIOS	TRES RIOS	160	
2294923	HOSPITAL DE CLINICAS NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	TRES RIOS	1	
2292637	MATERNIDADE WALTER GOMES FRANCKLIN	TRES RIOS	1	
2295113	HOSPITAL JOSE FONSECA	VALENCA	14	
2704390	HOSPITAL SAO SEBASTIAO DE VARRESAI	VARRE-SAI	2	
2273780	CASA DE SAUDE CANANEIA	VASSOURAS	138	
2708078	CAIS ATERRADO CENTRO DE ASSIST INTERM DE SAUDE ATERRADO	VOLTA REDONDA	10	
25151	CASA DE SAUDE VOLTA REDONDA	VOLTA REDONDA	40	Consta no CNES, mas, o estabelecimento foi fechado em jun/2009

Fonte: DATASUS/CNES/MS, set/2010

Observações:

1 - Alguns HGs possuem um leito cadastrados na especialidade psiquiatria com finalidade de faturar possíveis procedimentos atendidos.

2 - Os números de leitos em destaque são oriundos de Hospitais Psiquiátricos Especializados.

12. RELAÇÃO DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS POR REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO

REGIÃO CENTRO SUL

Três Rios

Clínica de Repouso de Três Rios

Praça Dr. Antonio Almeida Filho, 34 / Bairro B. União – CEP: 25.809-630

Tel. 24-2255-9344

Email: julianojuliana@uol.com.br

Vassouras

Casa de Saúde Cananéia

Est. de Cananéia, 1935 / Bairro Cananéia - CEP: 27.700-000

Tel.: 24-2488-9071 / 2488-9071 (fax)/ 9402

Email.: g.tamiozzo@uol.com.br

Paracambi

Casa de Saúde Dr. Eiras (**Internações Fechadas**)

Fazenda do Barareiro, s/nº – Lajes – CEP: 26.600-000

Tel. 21- 3693 3302 / 3579

Email: dr.eiras@paracambi.rj.gov.br

Hospital Paracambi Ltda.

Rua Tenente Bernardino Bastos, 546 – Cascata - CEP: 26.600-000

Tel.: 21-2683-2306 / 2683-5041 (fax)

Email: hosparacambi@yahoo.com.br

REGIÃO MÉDIO PARAÍBA

Quatis

Clínica Vale do Paraíba - CLIVAPA.

Est. Quatis-Floriano, 2249 Barrinha – CEP: 27.420-001

Tel . 24-3353-2019 / 3353-3055 (fax) / 3353 3055

Email: clivapa@uol.com.br

REGIÃO METROPOLITANA I

Rio de Janeiro

Associação Espírita Obreiro do Bem

Rua Santa Alexandrina, 667 / 695 Rio Comprido – CEP: 20.261-000

Tel. 2273-8142

Email: hepa@terra.com.br

Clínica da Gávea S.A.

Est. da Gávea, 151 – Gávea – CEP: 22.451-260

Tel. 2274-5646 / 7022

Email: mariahelena@clinicadagavea.com.br

Clínica das Amendoeiras (**Internações Fechadas**)

Est. do Rio Grande, 3895 Jacarepaguá - CEP: 22.700-000

Tel. 2443-6744/2443-6919/2443-6487

Email: contabilidadecar@bol.com.br

Clínica de Repouso Santa Edwiges

Rua Dr. Cammarosano, 62 – Sepetiba – CEP: 23.500-000

Tel: 3317-7425 / 3317-5404 (fax)

Email: crse@uol.com.br

Instituto de Psiquiatria (UFRJ)

Av. Venceslau Brás, 71 / fundos - Botafogo – CEP: 22.290-140

Tel: 2295-3449 / 2543-3101 (fax)

Email: ipub@ipub.ufrj.br

Instituto Francisco Spíndola

Est. Engenho Velho, 1075 - Jacarepaguá - CEP: 22.723-391

Tel: 2456-6733 / 2440-5050 (fax)

Email: idfsspinola@ig.com.br

Instituto Philipe Pinel

Av. Venceslau Brás, 65 – Botafogo – CEP: 22.290-140

Tel. 2542-3049 / 2275-5694 (fax)

Email: imppinel@rio.rj.gov.br / mpaulags@yahoo.com.br

ISERJ – Desipe Hospital de Custódia

Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho

Rua Frei Caneca,401 – Estácio – CEP: 20.211-000

Tel. 2333-7470 / 7469 / 7468 / 7475

Email: seaphh@admpenitenciaria.rj.gov.br

ISERJ – Desipe Hospital Psiquiátrico Penal Roberto Medeiros

Av. Eugenio Mourel Filho, 1100 - Bangu – CEP: 21.850-000

Tel. 2333-4738 / 2405-2525

Email: seaprm@admpenitenciaria.rj.gov.br

Instituto Municipal Nise da Silveira (ex CPPII)

R. Ramiro Magalhães, 521- Engenho de Dentro- RJ – CEP:20.730-460

Tel: 3111-7427 / 3111 7501/7492 / 3111 7426 – Gabinete

3111 7384 – fax – gabinete do diretor

Secretaria – 3111-7407/7509

Hospital Infantil: 3111-7537

Ambulatório Infantil: 3111-7530

Diretora do Hospital Infantil – Ana Maria Lambert – 9723-7038

Ambulatório Adulto: 3111 7448/3111 7446

Enfermaria Ambulatório: 3111 7449

Sub gerencia de Internação – 3111-7545/7546/7547

Moradia Assistida – 3111 7003 - Mônica

Email: nisedasilveira@rio.rj.gov.br

Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro

Praça Coronel Assunção, s/n - Praça da Harmonia - Saúde – RJ.

Tel: 2332-5676 (Direção) / 5677 / 5678 - Fax

Email. cprj.rj@gmail.com

Sanatório Rio de Janeiro

Est. Luiz Vargas, 40 - Piedade - CEP: 20.751-340

Tel. 2594-4983 / 2596-2394 (fax), 2594 5617

Email: sanatorioriojane@ig.com.br

Hospital Municipal Jurandir Manfredini

Est. Rodrigues Caldas, 3.400-Taquara-Jacarepagua-CEP:22.713-370

Tel. 2446-3454/ 2446 3054 / 2446-5153 (fax) /2456 6163

Email: hmjmanfredini@rio.rju.gov.br

Magé

SAME – Sociedade de Assistência Médica Especializada Ltda.

Est. da Piedade, 1599 - Alameda 2 - Vila Mara – Magé ; CEP: 25.900-000

Tel. 21- 2633-0328/3147 – fax

Email: clnicasame@uol.com.br

São João de Meriti

Casa de Saúde Vilar dos Teles Ltda. **(Internações Suspensas)**

Av. N.S. Fátima (Automóvel Clube), 2860 –Vilar do Teles– CEP: 25.561-170

Tel.: 2651-2024/2751-5080/2651-2328 –

Contato: Dr. Guilherme (48) 9164 2060 / Email: csvt@uol.com.br / crisandrade-csvt@yahoo.com.br

REGIÃO METROPOLITANA II

Niterói

Casa de Saúde Alfredo Neves

Rua Dr. Sardinha, 164 – Santa Rosa – CEP: 24.240-660

Tel. 2711-9212 / 2711-1999 (fax)

Email: csanleomil@ibest.com.br

Casa de Saúde Niterói

Rua Dr. Paulo César, 07 - Santa Rosa – CEP: 24.240-000

Tel. 2719-9711/27199773

Email: csanleomil@ibest.com.br

Hospital Psiquiátrico Jurujuba / SMS-Niterói

Av. Quintino Bocaiúva, s/n - Jurujuba – CEP: 24.260-000

Tel. 2714-8856/2610-7678 R. 22

Email: saudemental@niteroi.rj.gov.br / direção.hpj@saude.niteroi.rj.gov.br

ISEJRJ – DESIP – Hospital Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo

Rua Heitor Carrilho, s/n – Centro – Niterói – CEP: 24.030-230

Tel. 3399-1502 (Gabinete) / 2717 2925 – RH / 2717 2842

Email: seaphr@admpenitenciaria.rj.gov.br

São Gonçalo

Clínica Nossa Senhora das Vitórias Ltda.

Av. Coronel Serrado, 470 - Zé Garoto – CEP: 24.400-000

Tel: 2606-2982 / 2605-7928 / 2712- 5028

Email: cnsv@veloxmail.com.br

Clínica Santa Catarina Ltda.

Rua Dr. Jurumenha, 5347 - Santa Catarina – CEP: 24.415-230

Tel. 21-2606-2441

Email: clinicascatarina@hotmail.com

Tanguá

Clínica de Repouso Ego Ltda.

Est. Br. 101, Km. 275, Centro– Tanguá – CEP: 24.890-000

Tel: 21-2747-1290

Email: clinica_ego@hotmail.com

Rio Bonito

Hospital Colônia Rio Bonito Ltda. **(Internações Fechadas)**

Est. Br. 101 – Km. 51 – CEP: 28.800-000

Tel..21-2734-0200

Email: andreapessoal@ig.com.br

REGIÃO NOROESTE

Bom Jesus do Itabapoana

Clínica de Repouso Itabapoana Ltda.

Rua Durval Tito de Almeida , 55– Bairro Novo – CEP: 28.360-000

Tel: 22-3831-0890 / 2314 / 1383 - fax

Email: clinicarepouso@uol.com.br

REGIÃO NORTE

Campos dos Goytacazes

Instituto de Doenças Nervosas e Mentais Ltda. Sanatório Henrique Roxo

Rua Conselheiro Thomaz Coelho, 194 – Centro – CEP: 28.100-000

Tel: 22-2722-9211/2722-2264/3255

Email: hospitalhroxoxo@veloxmail.com.br

Liga Espírita de Campos Mantenedora do Hospital Abrigo Dr. João Viana

Rua Antonio Alves Cordeiro, 81 – Parque Rosário – CEP; 28.640-000

Tel: 22-2723-5629/ 2737-1550

Email: ligaespirita@ligaespirita.org.br

REGIÃO SERRANA

Nova Friburgo

Clínica de Repouso Santa Lúcia

Rod. Friburgo-Rio, Km. 72,5 – Muri – CEP: 28.600-000

Tel.: 22-2542-1550 / 2542-1582

Email: stalucia@netflash.com.br

Petrópolis

Clínica Santa Mônica Ltda.

Est. União Industria, 1193 – Roseiral – CEP: 25.720-060

Tel: 24-2242-6426 / 24 – 2242 6947

Email: casadesauesantamonica@hotmail.com

13. FLUXO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO RIO DE JANEIRO

- Portas de Entrada e Referências Hospitalares-

PORTA DE ENTRADA - BAÍA DA ILHA GRANDE

MUNICÍPIO	NOME DO SERVIÇO	ENDEREÇO	REFERÊNCIA
Angra dos Reis	CAPS II - CAPS São Bento	Av. Júlio César de Noronha, 90 – Centro / São Bento	Clínica de Repouso Três Rios - Três Rios Casa de Saúde Cananéia - Vassouras
	Pronto Socorro Municipal Ary Parreiras	Rua Dr. Coutinho, 84 - Centro	
Mangaratiba	CAPS I	R. Major José Caetano, 136 - Centro	Casa de Saúde Cananéia - Vassouras
	HospitalMunicipal Victor Souza Breves	Rua Nilo Peçanha, 85 - Centro	
Paraty	CAPS I - Para - TI	R. Campo da Aviação, 117 - Patitiba	Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis

PORTA DE ENTRADA - MÉDIO PARAÍBA

MUNICÍPIO	NOME DO SERVIÇO	ENDEREÇO	REFERÊNCIA
Barra do Pirai	Pólo de Emergência de Barra do Pirai	Rua Major Ferraz, s/nº - Centro	Casa de Saúde Cananéia - Vassouras Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis
Barra Mansa	CAPS II - Estação Mental	Avn. Francisco Vilela, 292, Estamparia (24) 3324 2644 (adulto) / (24) 3323 0164 (infantil)	Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis
	Santa Casa de Misericórdia	Rua Pinto Ribeiro, 205 - Centro	
Itatiaia	CAPS I - Rubens Alves Viana	R. Dona Polinária, 53 - Centro	Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis
	Hospital Municipal Maternidade Dr. Manoel Martins de Barros	Av. Dois, 800 - Jardim Itatiaia	
Pirai	CAPS I - Reviver	R. Manoel Teixeira Campos Júnior, 111 - Centro	Casa de Saúde Cananéia - Vassouras
	Hospital Flávio Leal	Rua Roberto Silveira, 50 - Centro	

Pinheiral	CAPS I - Espaço da Esperança Hospital Municipal de Pinheiral Aurelino Gonçalves Barbosa	R. Cel. Joaquim Ferreira Ribeiro, 120 - Centro Tel (24) 3356 6320 Rua Francisco Ribeiro de Abreu, 60 - Centro	Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis
Porto Real	CAPS I - Sonho Real Hospital Municipal São Francisco de Assis	R. Pasquino Maretti, s/nº - Jardim Real (ao lado do PSF Jardim Real) (24) 3353 2297 Av. Renato Monteiro, 1235 - Novo Horizonte	Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis
Quatis	Hospital São Lucas	Rua Avelino Batista Soares, 297 - Centro	Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis
Resende	CAPS II - Casa Aberta CAPSad - Padeq CAPSi Hospital de Emergência Henrique Sérgio Gregori	Av. General Affonseca, 1723 - Vila Julieta, tel: (24) 3359 4893 R. Madre Angélica, 28 - Jardim Brasília, tel: (24) 3360 5410 Rua Pandiá Calógeras, 205 - Jardim Jalisco (24) 3360 5520 Av. Marçílio Dias, 800 - Jardim Jalisco	Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis
Rio Claro	Centro de Saúde Serviço de Integração Mental e Social - SIMES	Rua Prefeito João Batista Portugal, 222 - Centro	Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis
Rio das Flores	Hospital Geral Dr. Luiz Pinto Programa de Saúde da Família	Rua Marcelino do Valle, 13 - Ingleses Rua Dr. Leoni Ramos, s/nº - Centro	Casa de Saúde Cananéia - Vassouras
Valença	Hospital Geral José Fonseca - Enfermaria de Crise de Psiquiatria	Rua Coronel leite Pinto, 105 - Centro	Casa de Saúde Cananéia - Vassouras
Volta Redonda	Centro de Assistência Intermediária de Saúde Aterrado - CAIS Aterrado	Governador Luis Monteiro, 298 - Aterrado	CAIS Aterrado - Volta Redonda Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis

PORTA DE ENTRADA - BAIXADA LITORÂNEA

Engº Paulo de Frontin	CAPS I - Dr. Ricardo Portugal HG Nelson Salles	R. Antônio Leal, s/nº - Aguada. Tel: (24) 2463 1666 Rua Arlindo Nunes, 28 - Centro	Casa de Saúde Cananéia - Vassouras Clínica de Repouso Três Rios - Três Rios
Mendes	Hospital Municipal Santa Maria	Rua Capitão Mexias, 112 - Centro	Casa de Saúde Cananéia - Vassouras Clínica de Repouso Três Rios - Três Rios
Miguel Pereira	HG Santo Antônio da Estiva	Rua Adelaide Badenes, 400 - Guararapes	Casa de Saúde Cananéia - Vassouras Clínica de Repouso Três Rios - Três Rios
Paracambi	Hospital Municipal Dr. Adalberto da Graça	Av. Jonas Leal, 17 - Lages	Hospital Paracambi - Paracambi Casa de Saúde Cananéia - Vassouras
Paraíba do Sul	CAPS I - Dr. Ubirajara H. Rodrigues HG Nossa Sra da Piedade	Av. Marechal Castelo Branco, 76 - Centro, tel: (24) 2263 2045 Av. Provedor Randolpho Penna Junior, 320 - Centro	Clínica de Repouso Três Rios - Três Rios Casa de Saúde Cananéia - Vassouras
Sapucaia	Pronto Socorro Municipal de Sapucaia	Praça Miguel Couto Filho - Centro	Clínica de Repouso Três Rios - Três Rios Casa de Saúde Cananéia - Vassouras
Paty do Alferes	HG Santo Antônio da Estiva	Rua Adelaide Badenes, 400 - Guararapes	Casa de Saúde Cananéia - Vassouras Clínica de Repouso Três Rios - Três Rios
Vassouras	Hospital Universitário Sul Fluminense	Rua Vicente Celestino, 201 - Madruga	Casa de Saúde Cananéia - Vassouras Clínica de Repouso Três Rios - Três Rios
Três Rios	UPA (Até 24H) Após 24h encaminhado para Clínica Dr. Walter Gomes Franklin	Av Zoello Sola, 2100 - Triângulo Rua Prefeito Walter Franklin, 61 - Centro	Clínica de Repouso Três Rios - Três Rios Casa de Saúde Cananéia - Vassouras

PORTA DE ENTRADA - METROPOLITANA I

MUNICÍPIO	NOME DO SERVIÇO	ENDEREÇO	REFERÊNCIA
Belford Roxo	HM de Belford Roxo (hosp. está em obras) Temporiamente estão funcionando como porta de entrada Unidade Mista Lote XV e a UPA	Av. Retiro da Imprensa, 1013 - Vila Medeiros (UPA - Estrada de Belford Roxo, s/nº - Bom Pastor / Lote XV - Rua Manoel Antônio da Costa, s/nº - Lote XV)	Hospital Paracambi - Paracambi Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis

PORTA DE ENTRADA - METROPOLITANA II

MUNICÍPIO	NOME DO SERVIÇO	ENDEREÇO	REFERÊNCIA
Itaboraí	Hospital Municipal Desembargador Leal Júnior	Rua Prefeito Álvaro Carvalho Jr, s/nº - Nancilândia	Clínica de Repouso EGO Ltda - Tanguá Clínica Nsa. Sra. das Vitórias/Clinica Sta. Catarina - São Gonçalo
Maricá	Hospital Municipal Conde Modesto Leal	Rua Domício da Gama, 433 - Centro	Clínica de Repouso EGO Ltda - Tanguá Clínica Nsa. Sra. das Vitórias/Clinica Sta. Catarina - São Gonçalo
Niterói	Hospital Psiquiátrico de Jurujuba	Av. Quintino Bocaiúva, s/nº - Charitas	Hospital Psiquiátrico de Jurujuba Casa de Saúde Alfredo Neves/Instituição Frederico Leomil
Rio Bonito	UPA Rio Bonito	Rodovia BR 101, Km 266 - Rio Bonito	Clínica de Repouso EGO Ltda - Tanguá Clínica Nsa. Sra. das Vitórias/Clinica Sta. Catarina - São Gonçalo
São Gonçalo	Pronto Socorro Mário Nijjar Quintanilha Lopes - PS de Alcântara	Rua Alfredo Backer, 324 - Alcântara	Clínica Nsa. Sra. das Vitórias/Clinica Sta. Catarina - São Gonçalo Clínica de Repouso EGO Ltda - Tanguá
Silva Jardim	Policlínica Municipal Aguinaldo Moraes	Rua 8 de Maio, 534 - Centro	Clínica de Repouso EGO Ltda - Tanguá Clínica Nsa. Sra. das Vitórias/Clinica Sta. Catarina - São Gonçalo
Tanguá	Centro de Saúde Demerval Garcia de Freitas	Rua Primeiro de Maio, 34 - Centro	Clínica de Repouso EGO Ltda - Tanguá Clínica Nsa. Sra. das Vitórias/Clinica Sta. Catarina - São Gonçalo

PORTA DE ENTRADA - CENTRO SUL

MUNICÍPIO	NOME DO SERVIÇO	ENDEREÇO	REFERÊNCIA
Areal	Hospital Nossa Sra das Dores	Av. Presidente Vargas, 250 - Centro	Clínica de Repouso Três Rios - Três Rios Casa de Saúde Cananéia - Vassouras
Comendador Levy Gasparian	CAPS I - Caminho Novo	Estr. União Indústria, nº 139, Km 131, Centro, tel: (24) 2254 1109	Clínica de Repouso Três Rios - Três Rios Casa de Saúde Cananéia - Vassouras

Duque de Caxias	Hospital Municipal Dr. Moacir Rodrigues do Carmo	Rodovia Washington Luis, 3200 - Vila São Luiz	Hospital Paracambi - Paracambi Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis
Itaguaí	CAPS II - Bem Viver HM São Francisco Xavier	R. Luiz Pierre, 61 – Centro, Tel. 3781 0508 Rua General Bocaiuva, 16 - Centro	Hospital Paracambi - Paracambi Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis
Japeri	CAPS II - Dr. Jorge Tannus Rejame Policlínica Itália Franco (HM de Japeri)	Av. Dr. Arruda Negreiros, 49 – Centro, Tel: 2670 1168 Av. 30 de Junho, 1991 - Santa Inês/Engº da Pedreira	Hospital Paracambi - Paracambi Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis
Magé	Hospital Municipal de Magé	Rua Pio XII, 81 - Centro	Hospital Paracambi - Paracambi Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis
Mesquita	CAPS II - Casa Verde Unidade de Saúde Dr. Mário Bento (em fase de implantação)	Tenente Aldir Soares Adriano, 109 - Centro (ao lado do Batalhão) Tel; 2696 1959 Rua Barão do Rio Branco, 155 - Jacutinga	Hospital Paracambi - Paracambi Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis
Nilópolis	HM Juscelino Kubitschek	Rua Zezinho, 111 - Centro	Hospital Paracambi - Paracambi Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis
Nova Iguaçu	Unidade Mista Arquiteta Patrícia Marinho Guandu	Rua Ingá, s/nº - Jardim Paraíso	Hospital Paracambi - Paracambi Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis
	Unidade Mista Moacir de Carvalho Austin	Rua Mirim, s/nº - Austin	
Queimados	UPA de Queimados	Rua Mário Ferreira dos Reis, s/nº - Nossa Senhora da Glória	Hospital Paracambi - Paracambi Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis
São João de Meriti	CAPS II - Vila Jurandyr PAM Meriti 24h	R. Presidente Lincoln, Lote 69, Qd 52, 53 e 54 - Jardim Miriti , Tel: 3755 4078 Av. Presidente Lincon, s/nº - Jardim Meriti/Vilar dos Teles	Hospital Paracambi - Paracambi Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis
Seropédica	CAPS II - Bicho da Seda	Est. Rio-São Paulo, 249 , KM 41 – Campo Lindo, Tel: 2682 2814	Hospital Paracambi - Paracambi Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA) - Quatis

PORTA DE ENTRADA - NORTE

MUNICÍPIO	NOME DO SERVIÇO	ENDEREÇO	REFERÊNCIA
Campos dos Goytacazes	Posto de Urgência da Saldanha Marinho	Rua Saldanha Marinho, 59 - Centro	Hospital João Vianna - Campos dos Goytacazes Sanatório Henrique Roxo - Campos dos Goytacazes
Carapebus	Hospital Municipal Carlito de Gonçalves	Rua João Pedro Sobrinho, 13 - Centro	Hospital João Vianna - Campos dos Goytacazes Sanatório Henrique Roxo - Campos dos Goytacazes
Cardoso Moreira	Unidade Mista de Saúde José Salgueiro	Rua Manoel Aguiar, s/nº - Praça Tiradentes	Hospital João Vianna - Campos dos Goytacazes Sanatório Henrique Roxo - Campos dos Goytacazes
Conceição de Macabu	Hospital Municipal Ana Moreira	Rua Rosendo Fontes Tavares, 199 - Bocaina	Hospital João Vianna - Campos dos Goytacazes Sanatório Henrique Roxo - Campos dos Goytacazes
Macaé	Pronto Socorro Municipal	Rua Dr. Luiz Belegard, s/nº - Centro	Hospital João Vianna - Campos dos Goytacazes Sanatório Henrique Roxo - Campos dos Goytacazes
Quissamã	Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus	Av. Amílcar Pereira da Silva, s/nº - Piteiras	Hospital João Vianna - Campos dos Goytacazes Sanatório Henrique Roxo - Campos dos Goytacazes
São Fidélis	Hospital Armando Vidal	Praça São Fidélis, 79 - Centro	Hospital João Vianna - Campos dos Goytacazes Sanatório Henrique Roxo - Campos dos Goytacazes
São João da Barra	Posto de Urgência de São João da Barra	Rua João Francisco de Almeida, s/nº - Centro	Hospital João Vianna - Campos dos Goytacazes Sanatório Henrique Roxo - Campos dos Goytacazes
São Francisco de Itabapoana	Hospital Municipal Manoel Carola	Av. Nilton Mayerhoffer Pessanha, 48 - Ponto de Cacimbas	Hospital João Vianna - Campos dos Goytacazes Sanatório Henrique Roxo - Campos dos Goytacazes

PORTA DE ENTRADA - NOROESTE

MUNICÍPIO	NOME DO SERVIÇO	ENDEREÇO	REFERÊNCIA
Aperibé	Hospital Municipal Augustinho Gesuald Blanc	Rua Antônio José Moreira, 359 - São Vicente de Paula	Clínica de Repouso Itabapoana Ltda - Bom Jesus do Itabapoana
Bom Jesus do Itabapoana	Hospital São Vicente de Paulo	Rua Tenente José Teixeira, 473 - Centro	Clínica de Repouso Itabapoana Ltda - Bom Jesus do Itabapoana
Cambuci	Hospital Moacyr Gomes de Azevedo	Av. Sete de Setembro, 06 - Centro	Clínica de Repouso Itabapoana Ltda - Bom Jesus do Itabapoana
Italva	Pronto Socorro de Italva	Av. Coronel Luis Salles, 208 - Centro	Clínica de Repouso Itabapoana Ltda - Bom Jesus do Itabapoana
Itaocara	CAPS I Hospital Municipal de Itaocara	Rua Aldeia da Pedra, s/nº - Cidade Praça Toledo Pizza, 151 - Centro	Clínica de Repouso Itabapoana Ltda - Bom Jesus do Itabapoana
Itaperuna	Posto de Urgência Dr. Munir Bussade	Rua Coronel Luiz Ferraz, 397 - Centro	Clínica de Repouso Itabapoana Ltda - Bom Jesus do Itabapoana
Laje do Muriaé	Hospital Municipal de Laje do Muriaé	Rua Gerônimo Ferreira, 270 - Centro	Clínica de Repouso Itabapoana Ltda - Bom Jesus do Itabapoana
Miracema	CAPS I - Lydiane Barros	Rua Matoso Maia, 247 - Centro Tel: (22) 3852 1912	Clínica de Repouso Itabapoana Ltda - Bom Jesus do Itabapoana
Natividade	Hospital Natividade	Av. Mauro Alves Ribeiro Júnior, 1.044 - Balneário	Clínica de Repouso Itabapoana Ltda - Bom Jesus do Itabapoana
Porciúncula	CAPS I Posto de Urgência de Porciúncula	Praça Santo Antônio, 10 - Centro Tel: (22) 3842 2806 Rua Schuwart Vieira, 154 - Centro	Clínica de Repouso Itabapoana Ltda - Bom Jesus do Itabapoana

Santo Antônio de Pádua	CAPS I - Ilha da Convivência	Praça Monsenhor Diniz, s/nº - Centro Tel: (22) 3851 0005	Clínica de Repouso Itabapoana Ltda - Bom Jesus do Itabapoana
São José de Ubá	Serviço de Pronto Atendimento de São José de Ubá	Rua XV de Novembro, 57 - Centro	Clínica de Repouso Itabapoana Ltda - Bom Jesus do Itabapoana
Varre e Sai	Associação Hospitalar São Sebastião de Varre Sai	Rua Octávio Monerat, 08 - Centro	Clínica de Repouso Itabapoana Ltda - Bom Jesus do Itabapoana

PORTA DE ENTRADA - SERRANA

MUNICÍPIO	NOME DO SERVIÇO	ENDEREÇO	REFERÊNCIA
Bom Jardim	Hospital Dr. Celso Erthal	Rua João Figueira Rodrigues, 36 - Centro	Clínica de Repouso Santa Lúcia Ltda - Nova Friburgo Casa de Saúde Santa Mônica Ltda - Petrópolis
Carmo	CAPS I Hospital Nossa Senhora do Carmo	R. Alves Costa, 102 - Centro Praça Alexandre de Mello, 89 - Centro	Clínica de Repouso Santa Lúcia Ltda - Nova Friburgo
Cordeiro	CAPS I Hospital Antônio Castro	R. Diva Miranda Botelho, 41 - Sumaré Rua Sete de Setembro, 361 - Centro	Clínica de Repouso Santa Lúcia Ltda - Nova Friburgo Casa de Saúde Santa Mônica Ltda - Petrópolis
Cantagalo	Hospital Municipal de Cantagalo	Praça Miguel Santos, 25 - Centro	Clínica de Repouso Santa Lúcia Ltda - Nova Friburgo Casa de Saúde Santa Mônica Ltda - Petrópolis
Cachoeiras de Macacu	Hospital Municipal Celso Martins	Rua Romeu Caetano Guida, 22 - Campo do Prado	Clínica de Repouso Santa Lúcia Ltda - Nova Friburgo Casa de Saúde Santa Mônica Ltda - Petrópolis
Duas Barras	Hospital Santo Antônio	Av. Getúlio Vargas, 199 - Centro	Clínica de Repouso Santa Lúcia Ltda - Nova Friburgo Casa de Saúde Santa Mônica Ltda - Petrópolis

Guapimirim	Hospital Municipal José Rabello de Mello	Rua Projetada, s/nº - Bananal	Clínica de Repouso Santa Lúcia Ltda - Nova Friburgo Casa de Saúde Santa Mônica Ltda - Petrópolis
Macuco	Pronto Atendimento de Macuco (Casa do Parto)	Morro Santos Reis, s/nº	Clínica de Repouso Santa Lúcia Ltda - Nova Friburgo Casa de Saúde Santa Mônica Ltda - Petrópolis
Nova Friburgo	Hospital Municipal Raul Sertã	Rua General Osório, 324 - Centro	Clínica de Repouso Santa Lúcia Ltda - Nova Friburgo
Petrópolis	Hospital Municipal Dr. Nelson de Sá Earp	Rua Paulino Afonso, 455 - Centro	Casa de Saúde Santa Mônica Ltda - Petrópolis
São Sebastião do Alto	CAPS I Hospital São Sebastião	Estrada RJ 146, Km 01 - Floresta Rua Ministro Francisco Dornelles, 69 - Santa Irene	Clínica de Repouso Santa Lúcia Ltda - Nova Friburgo Casa de Saúde Santa Mônica Ltda - Petrópolis
Sta. Mª Madalena	Hospital Basileu Estrela	Rua Barão de Macabu, 17 - Centro	Clínica de Repouso Santa Lúcia Ltda - Nova Friburgo Casa de Saúde Santa Mônica Ltda - Petrópolis
São José do Vale do Rio Preto	Fundação Hospital Maternidade Santa Theresinha	Rua Profª Maria Emilia Esteves, 617 - Centro	Casa de Saúde Santa Mônica Ltda - Petrópolis
Sumidouro	Hospital Municipa Dr. João Pereira Martins	Rua Carlos Alberto P. Moura Júnior, 60 - Nossa Sra. de Fátima	Clínica de Repouso Santa Lúcia Ltda - Nova Friburgo Casa de Saúde Santa Mônica Ltda - Petrópolis
Teresópolis	CAPS II UPA 24hs Nathan Garcia Leitão	Rua Júlio Rosa, 366 - Tijuca Rua Tenente Luiz Meirelles, s/nº - Várzea	Clínica de Repouso Santa Lúcia Ltda - Nova Friburgo Casa de Saúde Santa Mônica Ltda - Petrópolis
Trajano de Moraes	Hospital Municipal de Trajano de Moraes	Rua Dr. João Guimarães, s/nº - Centro	Clínica de Repouso Santa Lúcia Ltda - Nova Friburgo Casa de Saúde Santa Mônica Ltda - Petrópolis

PORTA DE ENTRADA - CAPITAL

NOME DO SERVIÇO	ENDEREÇO
Policlínica Rodolpho Rocco	Estrada Adhemar Bebiano, 339 - Del Castilho
Instituto Municipal Philippe Pinel	Av. Venceslau Brás, 65 - Botafogo
Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro - CPRJ	Praça Coronel Assunção, s/nº - Saúde
Hospital Municipal Jurandyr Manfredini	Rua Sampaio Correia, s/nº - Jacarepaguá

14. REGIÕES DA SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



15. MÓDULO DE SAÚDE MENTAL - MSM



O MSM é um cadastro *on-line* contendo informações dos pacientes, das unidades que integram a rede de saúde mental no Estado do Rio de Janeiro e da situação social e jurídica dos portadores de transtornos mentais internados e acolhidos nas referidas unidades.

Não existe hoje no Ministério Público sistema informatizado para atender às necessidades de informações referentes a portadores de transtornos mentais, em situação de internação ou não, que demandam, de acordo com a grau de redução de sua capacidade, a tutela individual e coletiva do Ministério Público, com as respectivas medidas protetivas aplicadas e/ou processos judiciais a eles relacionados, com a urgência e qualidade necessárias. Atualmente, as informações são remetidas sem uniformidade em relação a todas as Promotorias, variando de órgão para órgão, no tocante ao conteúdo e à periodicidade. Segundo o critério de repartição de atribuição adotado pelo MPRJ, a saúde mental pode ser acompanhada, em diferentes aspectos, por promotorias distintas, com certa dificuldade no fluxo de informações e integração da atuação, com prejuízo para uma tutela eficaz.

O MPRJ rotineiramente demanda aos órgãos externos esclarecimentos adicionais ou complementação pontual de informações essenciais, que permitam uma atuação efetiva da Instituição como guardiã dos direitos dos incapazes, devendo zelar pela garantia e efetivação do direito à convivência familiar.

A Lei n. 10216/01 mudou paradigmas e ações que devem ser acompanhadas pelo Ministério Público para a efetiva tutela individual e coletiva dos paciente psiquiátricos, e estabeleceu, ainda, que as internações psiquiátricas involuntárias sejam comunicadas a esta instituição.

Estas comunicações refletem a necessidade de acompanhamento do respeito aos direitos da personalidade de pacientes privados, involuntariamente, de sua liberdade, bem como invoca a demanda por um mediador nos casos de vulnerabilidade social e familiar.

O Módulo de Saúde Mental foi, portanto, concebido com o objetivo de fomentar, facilitar e aperfeiçoar a atuação em prol da proteção e cuidado com as pessoas tuteladas pelo Ministério Público, bem como para facilitar a demonstração da demanda social em relação a política pública voltada para a saúde mental e, quando for o caso, da necessidade ou condição de interdição de cada doente e das pessoas habilitadas e nomeadas para respectiva curatela.

O aperfeiçoamento da proteção às pessoas portadoras de transtornos mentais será alcançada mediante um fluxo eficaz de informações entre Promotorias de Justiça, Gestores e Unidades de Saúde.

O sistema será gerido pelo Ministério público e contará com a participação dos demais órgãos envolvidos na rede de proteção ao portador de transtornos mentais, com o objetivo de manter atualizadas as informações, no limite das funções exercidas por cada um.

Com este programa haverá um intercâmbio eletrônico de informações entre as Promotorias de Justiça com atribuição para a tutela individual e coletiva dos portadores de transtornos mentais e, ainda, entre as demais promotorias nas quais haja interesse na consulta de dados sobre os equipamentos disponíveis na rede local.

O MSM procura reproduzir no seu ambiente a função que cada um desses operadores exerce na rede de proteção, proporcionando melhores condições para que cada um possa desempenhar com mais eficiência seu papel. Há vários perfis de acesso ao sistema, tanto para consulta como para inserção ou alteração dos dados cadastrados, adequados à função exercida por aquele usuário na rede de proteção ao portador de transtornos mentais.

Importante ressaltar que regras de visibilidade de dados foram desenvolvidas para o necessário sigilo de dados de pacientes.

O acesso do MSM se faz através da página do Ministério Público na internet, sendo que os usuários previamente habilitados receberão uma senha de uso pessoal que permitirá o uso do sistema compatível ao seu perfil.

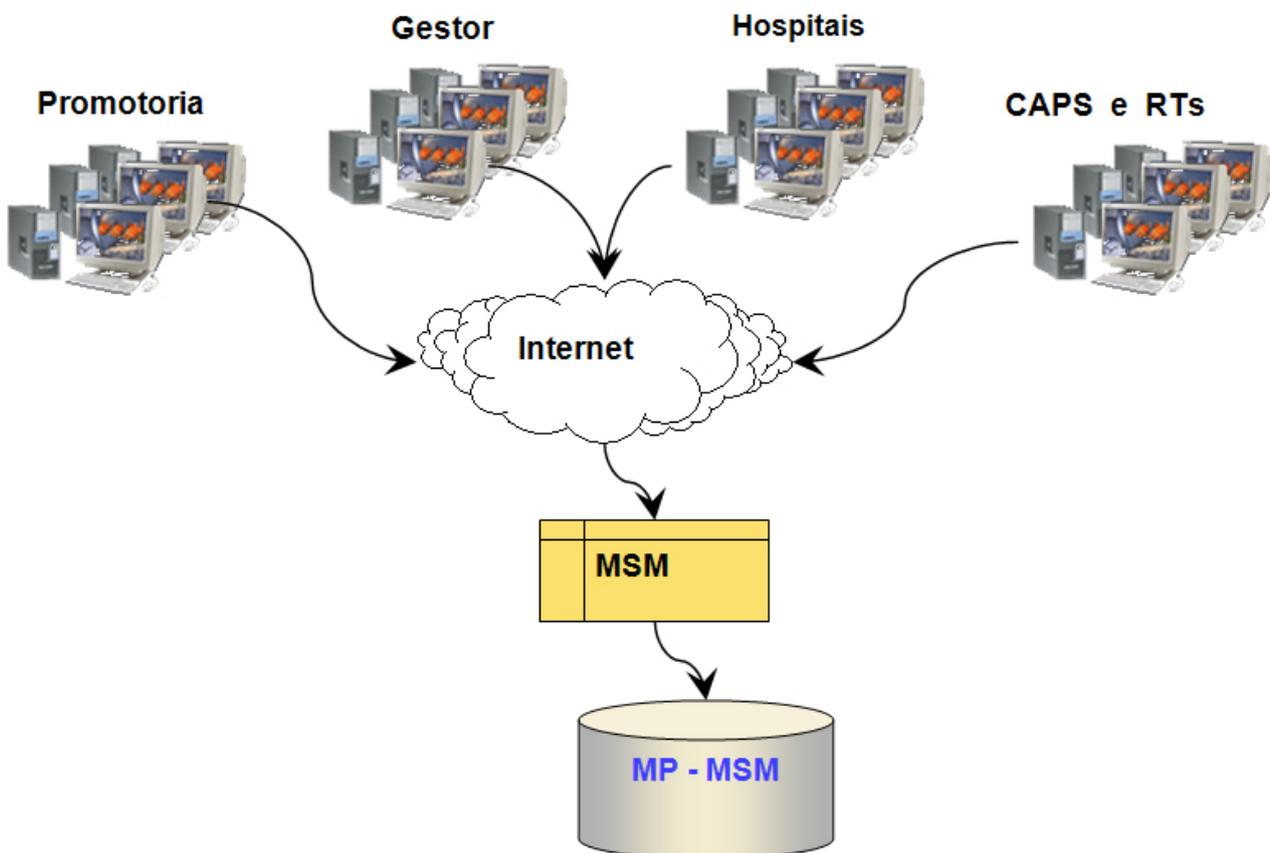
Por isso, embora tenha sido desenvolvido pelo Ministério Público, o MSM é um sistema destinado a atender todos os órgãos envolvidos na rede de proteção ao portador de transtornos mentais, que podem trabalhar integrados *on-line* pela busca da proteção, cuidado e reinserção social do paciente.

O MSM deve permitir cadastramento descentralizado, pelos órgãos envolvidos na rede de proteção ao portador de transtornos mentais. Deve, também, prover buscas, consultas e relatórios que permitam ao Promotor de Justiça e aos agentes da rede de proteção, dentro de sua esfera de atribuição, conhecer dados oriundos de suas fontes de alimentação:

- a) Procedimentos do MPRJ nos quais o paciente figure como personagem tutelado ou investigado;

- b) Dados relativos às internações hospitalares e movimentos ambulatoriais das unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro, aos quais se submeteu o paciente;
- c) Dados relativos às unidades de saúde internantes, emergências de hospitais e unidades que prestam movimento ambulatorial a pacientes psiquiátricos;
- d) Dados relativos a equipamentos, unidades e programas oficiais desenvolvidos para a saúde mental.

O MSM deve prover ambiente que permita a comunicação *on line* das internações psiquiátricas involuntárias pelas unidades de saúde, em cumprimento à Lei n. 10.216/01, em ambiente de máxima segurança, para as informações inseridas pelos médicos responsáveis. De igual forma, deve permitir a atualização de dados dos pacientes e das unidades de saúde, pelos gestores e médicos responsáveis, através de prévia habilitação no sistema.



16. ATUAÇÃO COORDENADA NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL PARA FORTALECIMENTO DA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

16.1. O Sistema Único de Assistência Social

Como visto, a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado que tem suas ações estruturadas por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade civil, visando a garantir o atendimento às necessidades básicas do cidadão. O SUAS, portanto, caracteriza-se como um sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, que tem por função a gestão do conteúdo específico da assistência social no campo da proteção social brasileira.

Esse modelo de gestão pressupõe, ainda, o co-financiamento das ações pelas três esferas de governo (União, Estados e Município), um mecanismo de gestão compartilhada com definição clara das competências técnico-jurídicas de cada um dos entes, bem como a participação e mobilização da sociedade civil na sua implantação e implementação.

16.1.2 Os níveis de proteção social

Para a consecução de suas finalidades, o SUAS é organizado por níveis de proteção social, a saber: i) proteção social básica; e ii) proteção social especial (esta, dividida em média e alta complexidade).

A **proteção social básica** é formada pelo conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, além do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários⁸. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, entre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos.

Este nível de proteção será operado por meio de: i) Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), territorializados de acordo com o porte do município; ii) rede de serviços sócio-educativos direcionados para grupos geracionais, intergeracionais, grupos de interesse, entre outros; iii) benefícios eventuais; iv) benefícios de prestação continuada; e v) serviços e projetos de capacitação e inserção produtiva.

A principal unidade onde são prestados os serviços continuados de proteção básica é o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), caracterizando-se como a porta de entrada do SUAS. Este pode ser definido como sendo a unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas

⁸ Art. 6º-A, inciso I, da Lei 8.742/93.

com maiores índices de vulnerabilidade⁹ e risco social, destinada à articulação dos serviços sócio-assistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos sócio-assistenciais de proteção social básica às famílias.

A **proteção social especial** é formada pelo conjunto de serviços, programas e projetos que têm por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos.¹⁰ Tem por referência a ocorrência de situações de risco ou violação de direitos. Inclui a atenção a crianças e adolescentes em situação de trabalho; adolescentes em medida sócio-educativa; crianças e adolescentes em situação de abuso e/ou exploração sexual; crianças, adolescentes, pessoas com deficiência, idosos, migrantes, usuários de substâncias psicoativas e outros indivíduos em situação de abandono; e famílias com presença de formas de negligência, maus tratos e violência.¹¹ Está dividida em serviços de média e alta complexidade:

- a) Média complexidade: compreende a oferta de serviços de orientação e o apoio especializado e continuado a indivíduos e famílias com direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos, tendo a família como foco de suas ações, na perspectiva de potencializar sua capacidade de proteção e socialização de seus membros.
- b) Alta complexidade: compreende a oferta de serviços voltados à garantia da proteção integral, moradia, alimentação higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando serem retirados do convívio familiar e/ou comunitário.

Este nível de proteção opera por meio de: i) Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CREAS POP); ii) rede de serviços de atendimento domiciliar, albergues, abrigos, moradias provisórias para adultos e idosos, garantindo a convivência familiar e comunitária; iii) rede de serviços de acolhida para crianças e adolescentes com repúblicas, casas de acolhida, abrigos e família acolhedora; iv) serviços especiais de referência para pessoas com deficiência, abandono, vítimas de negligência, abusos e formas de violência; e v) ações de apoio a situações de riscos circunstanciais, em decorrência de calamidades públicas e emergenciais.

A principal unidade onde são materializados os serviços continuados de proteção especial é o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), podendo este ser implantado com abrangência local ou regional, de acordo com o porte e necessidade dos municípios, além do grau de incidência e complexidade das situações de violação de direitos. Tem como funções: i) promover a integração de esforços, recursos e meios para enfrentar a dispersão dos serviços, potencializando ações para os usuários; e ii) articular os serviços de média complexidade, operando a referência e a contra-referência com a rede de serviços sócio-assistenciais de proteção básica e especial com as demais políticas públicas setoriais e com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

⁹ A vulnerabilidade decorre da perda ou fragilidade dos vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; da desvantagem pessoal resultante de deficiências; e da exclusão pela pobreza e/ou pelo acesso às demais políticas públicas.

¹⁰ Art. 6º-A, inciso II, da Lei 8.742/93.

¹¹ NOB/SUAS-2005, p. 24.

16.1.3 Gestão compartilhada dos serviços

Como já se afirmou, a organização da assistência social tem como uma de suas diretrizes a descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo, o que é previsto no artigo 5º, inciso I, da Lei 8.742/93. Desta forma, são previstos como objetivos do SUAS a consolidação de uma gestão compartilhada, o co-financiamento e a cooperação técnica e articulada entre os entes federativos (art. 6º, inciso I, da Lei 8.742/93).

Cabe, no entanto, identificar as parcelas de responsabilidade e competência de cada ente federativo na consecução dessa política articulada e na execução dos serviços de proteção social básica e especial. A Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/93) dispõe como critérios de divisão de competências, em seu artigo 12 e seguintes:

a) Compete à **União**:

- responder pela concessão e manutenção dos benefícios de prestação continuada à pessoa portadora de deficiência e ao idoso;
- apoiar técnica e financeiramente os serviços, os programas e os projetos de enfrentamento da pobreza em âmbito nacional;
- co-financiar, por meio de transferência automática, o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito nacional;
- atender, em conjunto com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, às ações assistenciais de caráter de emergência;
- realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social e assessorar Estados, Distrito Federal e Municípios para seu desenvolvimento.

b) Compete aos **Estados**:

- destinar recursos financeiros aos Municípios, a título de participação no custeio do pagamento dos benefícios eventuais prestados aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública, mediante critérios estabelecidos pelos Conselhos Estaduais de Assistência Social;
- co-financiar, por meio de transferência automática, o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito regional ou local;
- atender, em conjunto com os Municípios, às ações assistenciais de caráter de emergência;
- estimular e apoiar técnica e financeiramente as associações e consórcios municipais na prestação de serviços de assistência social;
- prestar os serviços assistenciais cujos custos ou ausência de demanda municipal justifi-

quem uma rede regional de serviços, desconcentrada, no âmbito do respectivo Estado;

- realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social e assessorar os Municípios para seu desenvolvimento.

c) Compete aos **Municípios**:

- destinar recursos financeiros para custeio do pagamento dos benefícios eventuais prestados aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública, mediante critérios estabelecidos pelos Conselhos Estaduais de Assistência Social;

- efetuar o pagamento dos auxílios natalidade e funeral;

- executar os projetos de enfrentamento da pobreza, incluindo a parceria com organizações da sociedade civil;

- atender às ações assistenciais de caráter de emergência;

- prestar os serviços assistenciais continuados que visem à melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes do SUAS, especialmente no que se refere às crianças e adolescentes em situação de risco e às pessoas em situação de rua;

- co-financiar o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito local;

- realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social em seu âmbito.

Em todos esses casos, deve-se levar em consideração o princípio da subsidiariedade, que pressupõe não deverem as instâncias federativas mais amplas realizar aquilo que pode ser exercido por instâncias federativas locais. Em outras palavras: não deve o Estado fazer aquilo que pode ser resolvido no Município; não pode a União intervir no que pode ter melhor execução pelos Estados e Distrito Federal.

Contudo, frente às grandes diferenças nas capacidades econômicas e de gestão entre os Municípios e os Estados, deve ser destacado o princípio da cooperação pelo qual se permite a celebração de consórcios públicos entre os entes interessados para suprir as deficiências da instância local:

- a) nos casos em que a demanda do município não justifique a disponibilização, em seu âmbito, de serviços continuados nos referidos níveis de proteção social;
- b) nos casos em que o município, devido ao seu porte ou nível de gestão, não tenha condições de gestão individual de um serviço ou território.¹²

¹² NOB/SUAS-2005, p. 25

Merece ser ressaltado, todavia, consoante dispõe a NOB/SUAS-2005¹³ que o referido instrumento (consórcio público) surge como uma opção para a otimização de recursos humanos e financeiros, com o objetivo de atender às demandas regionais e não como uma forma de desresponsabilização do Município.

16.1.4 Porte e nível de gestão municipal

As responsabilidades iniciais do ente municipal são estabelecidas de acordo com seu porte, definido segundo critérios de quantidade populacional. Tais responsabilidades poderão ser incrementadas na hipótese de demanda específica para determinado serviço no Município, caso em que caberá ao ente implementá-lo de forma própria ou se articular com outros entes para propor e executar, um serviço de abrangência regional quando cabível. Nesse caso, contudo, o município tem a responsabilidade de referenciar o serviço regional e providenciar meios para que o usuário efetivamente possa ser atendido em um município diferente do seu.

Com efeito, são assim definidas as responsabilidades dos entes municipais, segundo seu porte:

Municípios de Pequeno Porte I e II - considerando que sua rede é simples, ofertando serviços de proteção social básica (entre outros: atenção à família, seus membros e indivíduos, potencialização dessa rede, programas de inclusão produtiva), esses municípios devem participar do financiamento desse nível de proteção. As demais situações de média e alta complexidade, caso não se verifique demanda potencial para a instalação de equipamentos no próprio âmbito do município, devem ser ofertadas como serviços de referência regional, mantidos pela esfera estadual, ou mediante consórcios públicos, pactuados entre os municípios de determinada região que apresentem características semelhantes, ou por ambas as formas de financiamento.

Assim, os municípios de pequeno porte I e II:

- têm protagonismo no financiamento da proteção social básica;
- co-financiam serviços de referência regional e consórcios públicos para os serviços de proteção social especial de média e de alta complexidade.

Municípios de Médio Porte - nesses municípios, que devem ter rede básica, ou seja, devem oferecer serviços de proteção social básica e especial de média complexidade (de acordo com a ocorrência das situações de risco), o co-financiamento deverá se efetivar com a participação da União e do município, na proteção social básica, e do município, do estado e da União, na proteção social especial. Os serviços de alta complexidade podem ser ofertados como referência regional ou mediante participação em consórcio, segundo as mesmas definições em relação aos municípios de pequeno porte.

Dessa maneira, os municípios de médio porte:

- têm protagonismo no financiamento da proteção social básica e especial de média complexidade;

¹³ NOB/SUAS-2005, p. 25.

- co-financiam serviços de referência regional e consórcios públicos para os serviços de proteção social especial de alta complexidade.

Municípios de Grande Porte - esses municípios, que devem ter rede complexa, em que todos os serviços considerados necessários ao atendimento da população, independente de seu nível de complexidade, devem ser postos à disposição no próprio âmbito municipal. O co-financiamento se dará mediante aporte de recursos próprios dessa esfera, com a participação da União, na proteção social básica e especial, e dos Estados, na proteção social especial. A União participará do financiamento da proteção social especial, nos casos em que seja identificada prioridade a partir dos critérios de partilha para os serviços desse nível de complexidade, operando-se o repasse via pisos fixos e/ou variáveis.

Portanto, os municípios de grande porte:

- têm protagonismo no financiamento da proteção social básica e especial de média e alta complexidade;
- co-financiam serviços de referência regional e consórcios públicos para os serviços de proteção social especial de alta complexidade.

Metrópoles - nas metrópoles e nos municípios-pólo regionais, por serem municípios em que se concentra grande número de pessoas em alta densidade demográfica nas áreas de maior vulnerabilidade e por contarem com municípios conurbados de menor porte, a rede deve ser complexa, oferecendo, aos usuários, o acesso aos serviços de média e alta complexidade da maneira mais próxima dos territórios considerados de maior vulnerabilidade. A realidade desses municípios traz, para além do que se identifica em relação aos caracterizados como de grande porte, a questão de seu protagonismo, na referência regional, aos municípios de seu entorno, que podem ter portes diferenciados.

Assim, o co-financiamento dos serviços em tais realidades deve:

- ter o protagonismo desses municípios no financiamento da proteção social básica e especial de média e alta complexidade;
- contar com o co-financiamento de serviços de referência regional e consórcios públicos para os serviços de proteção social especial de alta complexidade, levando em conta as demandas específicas de regiões metropolitanas.

Além das responsabilidades já definidas de acordo com o porte de cada ente municipal, este necessitará se habilitar em um dos três níveis de gestão para fins de recebimento de repasses do Fundo Nacional de Assistência Social. A NOB/SUAS previu três níveis de gestão:

- a) **Gestão inicial** – é aquela modalidade destinada aos municípios que não se habilitaram na gestão básica ou na gestão plena, razão pela qual irão receber recursos da União conforme série histórica. São requisitos dessa modalidade de gestão:

- a efetiva instituição e funcionamento do: i) Conselho Municipal de Assistência Social, de composição paritária entre governo e sociedade civil; ii) Fundo de Assistência Social, com orientação e controle do respectivo Conselho Municipal de Assistência Social; e iii) Plano Municipal de Assistência Social;
 - a comprovação orçamentária dos recursos próprios destinados à Assistência Social, alocados em seus respectivos Fundos de Assistência Social, a partir do exercício de 1999.
- b) **Gestão básica** – é aquela modalidade em que o município assume a gestão da proteção social básica na Assistência Social, devendo o gestor, ao assumir a responsabilidade de organizar a proteção básica em seu município, prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições. São requisitos dessa modalidade de gestão:
- a efetiva instituição e funcionamento do: i) Conselho Municipal de Assistência Social, de composição paritária entre governo e sociedade civil; ii) Fundo de Assistência Social, com orientação e controle do respectivo Conselho Municipal de Assistência Social; e iii) Plano Municipal de Assistência Social;
 - a comprovação orçamentária dos recursos próprios destinados à Assistência Social, alocados em seus respectivos Fundos de Assistência Social, a partir do exercício de 1999;
 - alocar e executar recursos financeiros próprios no Fundo de Assistência Social, como unidade orçamentária, para as ações de Proteção Social Básica;
 - estruturar Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), de acordo com o porte do município, em áreas de maior vulnerabilidade social, para gerenciar e executar ações de proteção básica no território referenciado, conforme critério abaixo:
 - Pequeno Porte I – mínimo de 1 CRAS para até 2.500 famílias referenciadas¹⁴;
 - Pequeno Porte II – mínimo de 1 CRAS para até 3.500 famílias referenciadas;
 - Médio Porte – mínimo de 2 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas;
 - Grande Porte – mínimo de 4 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas;
 - Metrópoles – mínimo de 8 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas;
 - manter estrutura para recepção, identificação, encaminhamento, orientação e acompanhamento dos beneficiários do BPC e dos Benefícios Eventuais, com equipe profissional composta por, no mínimo, um (01) profissional de serviço social;
 - apresentar Plano de Inserção e Acompanhamento de beneficiários do BPC, conforme sua capacidade de gestão, contendo ações, prazos e metas a serem executadas, articulando-as às ofertas da Assistência Social e as demais políticas pertinentes, dando cumprimento ainda

¹⁴ Segundo dispõe a NOB/SUAS-2005, considera-se família referenciada aquela que vive em áreas caracterizadas como de vulnerabilidade, definidas a partir de indicadores estabelecidos por órgão federal, pactuados e deliberados.

ao art. 24 da LOAS.

- garantir a prioridade de acesso nos serviços da proteção social básica, de acordo com suas necessidades, às famílias e seus membros beneficiários do Programa de Transferência de Renda, instituído pela Lei nº 10.836/04;

- realizar diagnóstico de áreas de risco e vulnerabilidade social;

- os Conselhos (CMAS, CMDCA e CT) devem estar em pleno funcionamento;

- ter, como responsável, na Secretaria Executiva do CMAS, profissional de nível superior, sendo que, para os municípios pequenos, portes I e II, o profissional poderá ser compartilhado com o órgão gestor.

c) **Gestão plena** – modalidade em que o município tem a gestão total das ações de Assistência Social, razão pela qual o gestor, ao assumir a responsabilidade de organizar a proteção social básica e especial deve prevenir situações de risco, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, além de proteger as situações de violação de direitos ocorridas em seu município. São requisitos dessa modalidade de gestão:

- a efetiva instituição e funcionamento do: i) Conselho Municipal de Assistência Social, de composição paritária entre governo e sociedade civil; ii) Fundo de Assistência Social, com orientação e controle do respectivo Conselho Municipal de Assistência Social; e iii) Plano Municipal de Assistência Social;

- a comprovação orçamentária dos recursos próprios destinados à Assistência Social, alocados em seus respectivos Fundos de Assistência Social, a partir do exercício de 1999;

- alocar e executar recursos financeiros próprios no Fundo de Assistência Social, como unidade orçamentária, para as ações de Proteção Social Básica e Especial, bem como para as provisões de benefícios eventuais;

- estruturar Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), de acordo com o porte do município, em áreas de maior vulnerabilidade social, para gerenciar e executar ações de proteção básica no território referenciado, conforme critério abaixo:

- Pequeno Porte I – mínimo de 1 CRAS para até 2.500 famílias referenciadas;
- Pequeno Porte II – mínimo de 1 CRAS para até 3.500 famílias referenciadas;
- Médio Porte – mínimo de 2 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas;
- Grande Porte – mínimo de 4 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas;
- Metrópoles – mínimo de 8 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas;

- estruturar a Secretaria Executiva nos Conselhos Municipais de Assistência Social, com pro-

fissional de nível superior;

- manter estrutura para recepção, identificação, encaminhamento, orientação e acompanhamento dos beneficiários do BPC e dos Benefícios Eventuais, com equipe profissional composta por, no mínimo, um (01) profissional de serviço social;

- apresentar Plano de Inserção e Acompanhamento de beneficiários do BPC,

selecionados conforme indicadores de vulnerabilidades, contendo ações, prazos e metas a serem executadas, articulando-as às ofertas da Assistência Social e as demais políticas pertinentes, dando cumprimento ainda ao art. 24 da LOAS;

- realizar diagnóstico de áreas de vulnerabilidade e risco, a partir de estudos e pesquisas realizadas por instituições públicas e privadas de notória especialização (conforme a Lei nº 8.666, de 21/06/1993);

- cumprir pactos de resultados, com base em indicadores sociais comuns previamente estabelecidos;

- garantir a prioridade de acesso nos serviços da proteção social básica e/ou especial, de acordo com suas necessidades, às famílias e seus membros beneficiários do Programa de Transferência de Renda instituído pela Lei nº 10.836/04;

- instalar e coordenar o sistema municipal de monitoramento e avaliação das ações da Assistência Social por nível de proteção básica e especial, em articulação com o sistema estadual, validado pelo sistema federal;

- declarar capacidade instalada na proteção social especial de alta complexidade, a ser co-financiada pela União e Estados, gradualmente, de acordo com os critérios de partilha, de transferência e disponibilidade orçamentária e financeira do FNAS;

- os Conselhos (CMAS, CMDCA e CT) devem estar em pleno funcionamento;

- ter, como responsável, na Secretaria Executiva do CMAS, profissional de nível superior;

- que o gestor do fundo seja nomeado e lotado na Secretaria Municipal de Assistência Social ou congêneres;

- elaborar e executar a política de recursos humanos, com a implantação de carreira para os servidores públicos que atuam na área da Assistência Social.

16.2 A Relação entre o Uso de Drogas e a População em Situação de Rua

Em 23 de dezembro de 2009 foi editado o Decreto nº 7.053, que instituiu a Política Nacional para População em Situação de Rua. Este texto normativo define em seu artigo 1º, parágrafo único, como população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular. Essa população se caracterizaria, ainda, pela utilização de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos etc.) e áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos etc.) como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Com a finalidade de fazer um diagnóstico inicial desse grupo heterogêneo, foi realizada entre agosto de 2007 e março de 2008, por meio de uma parceria do Ministério do Desenvolvimento Social e a UNESCO, uma Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua em municípios com mais de 300.000 habitantes e em todas as capitais (a exceção de Belo Horizonte, São Paulo e Recife, que haviam realizado pesquisas semelhantes em anos anteriores, e Porto Alegre, por estar conduzindo naquele momento pesquisa de iniciativa municipal), contabilizando 31.922 adultos em situação de rua nos 71 municípios pesquisados.¹⁵

Analisando os resultados obtidos, foi possível verificar que a principal razão pela qual essas pessoas estão em situação de rua são o alcoolismo e o uso de drogas (35,5%), problemas que são acompanhados de perto pelo desemprego (29,8%) e desavenças com familiares (29,1%). Note-se que tais causas podem estar associadas entre si ou mesmo serem conseqüências uma das outras, sendo procedente o alerta de que o uso de drogas e álcool não deve ser entendido somente como causa da condição de excluído, mas também como conseqüência da situação de exclusão social a que essas pessoas estão expostas.

Desta forma, qualquer atuação voltada à prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas deve pressupor, necessariamente, uma constante interlocução entre as áreas de Saúde e Assistência Social, tendo em vista a necessidade de, aliado ao tratamento médico, se estruturar uma rede sócio-assistencial capaz de viabilizar a proteção devida a pessoas em situação de rua, garantindo-lhes acolhida, segurança de convívio, desenvolvimento da autonomia, rendimentos e sobrevivência a riscos circunstanciais. Somente desta forma, será possível expurgar as causas que as levaram ao uso de drogas ou garantir que, após o devido tratamento, lhes sejam garantidas as condições necessárias a se evitar seu retorno àquela situação de dependência anterior.

É exatamente por esta razão que o Decreto 7.053/09 prevê como um dos objetivos da Política Nacional para População em Situação de Rua, em seu artigo 7º, inciso X, a criação de meios de

¹⁵ Somando o valor do contingente da pesquisa nacional com os números das pesquisas realizadas em Recife, São Paulo, Belo Horizonte e Porto Alegre, estima-se que o total de pessoas adultas em situação de rua identificadas representa, aproximadamente 50.000 pessoas. Deve, no entanto, ser ressaltado que tal censo, além de ter sido restrito a um período específico e em um conjunto limitado de municípios brasileiros, não levou em conta as crianças e adolescentes que também vivem nesta situação.

articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde como forma de qualificar a oferta de serviços, promovendo uma atuação integrada absolutamente necessária em qualquer plano de combate ao uso de álcool e outras drogas.

16.3 A Situação Problema e os Enfoques de uma Atuação Coordenada

Identificada a íntima conexão entre a situação de rua de um crescente grupo populacional com o uso de álcool e outras drogas, sejam estas causas ou conseqüências uma das outras, é possível verificar a necessidade de se fomentar, estruturar e implementar uma rede sócio-assistencial adequada para dar suporte a esta realidade. De fato, a atuação do Sistema Único de Saúde não é capaz de lidar autonomamente com o tratamento e prevenção do uso de substâncias psicoativas, mormente por sua incapacidade de atuar no fortalecimento ou reestruturação de vínculos familiares e comunitários de seus usuários.

Desta forma, podem ser enumeradas as seguintes situações-problema, quanto à lacuna verificada no âmbito da rede sócio-assistencial:

- a) a deficiência quantitativa de Centros de Referência em Assistência Social;
- b) a deficiência qualitativa na prestação de serviços pelos Centros de Referência em Assistência Social;
- c) discrepâncias entre as equipes de referência previstas na NOB/SUAS-RH¹⁶ e o quadro de pessoal concursado/contratado para prestação de serviços em CRAS, CREAS ou outras unidades referenciadas;
- d) a ausência de serviços de média e alta complexidade voltados para pessoas em situação de rua ou indivíduos com dependência em substâncias psicoativas;
- e) a deficiência na prestação de serviços de média e alta complexidade voltados para pessoas em situação de rua ou indivíduos com dependência em substâncias psicoativas;
- f) funcionamento de entidades privadas sócio-assistenciais destinatárias de recursos públicos sem observância dos requisitos previstos na Lei 8.742/93 e das demais normas regulamentadoras do SUAS.

As causas para tais problemas, passíveis de serem diagnosticados, tanto no decorrer da execução do projeto ora definido, como através de dados passíveis de serem colhidos dos sítios de órgãos oficiais na internet, como o IBGE e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, podem ser diversas, sendo possível que estejam relacionadas alternativa ou cumulativamente à:

- i) dificuldade de compreensão pelos gestores municipais de suas responsabilidades dentro do SUAS;
- ii) má-gestão orçamentária;

¹⁶ Aprovada pela Resolução 269/06 do Conselho Nacional de Assistência Social

- iii) insuficiência orçamentária;
- iv) incapacidade de articulação política para a formação de consórcios públicos;
- v) deficiências das instâncias de fiscalização.

Contudo, considerando a definição legal de responsabilidades, a identificação e diagnóstico da real ocorrência de alguma das causas supramencionadas restam plenamente desnecessários, já que as exigências, sejam de prestação direta dos serviços, sejam de prestação de serviços mediante cooperação, serão idênticas, cabendo ao próprio gestor articular-se com os demais entes municipais ou com o ente estadual nos casos excepcionais de celebração de consórcios públicos.

Com efeito, para que seja possível combater os problemas mencionados acima quanto à implementação e operação adequada do SUAS, são propostas quatro frentes de atuação: i) fiscalização quanto à existência de serviços e estruturas adequadas no âmbito da proteção básica e especial; ii) fiscalização quanto à adequação dos serviços prestados na rede básica e especial, tanto no que se refere à estrutura de pessoal quanto a sua própria tipologia legal; iii) fiscalização quanto à existência de entidades privadas destinatárias de recursos públicos não adequadas às normas de Assistência Social, iv) treinamento dos Promotores e das próprias equipes técnicas descentralizadas do Ministério Público.

PRIMEIRA VERTENTE – FISCALIZAÇÃO SOBRE EXISTÊNCIA DE EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS

Esse enfoque do projeto tem como objetivo fundamental impulsionar a implementação nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro de serviços sócio-assistenciais de média e alta complexidade voltados à população em situação de rua e indivíduos com dependência em substâncias entorpecentes, situações que notoriamente se apresentam inter-relacionadas.

Contudo, diante da necessidade de que tais assuntos sejam tratados também no plano preventivo, se impõe também a verificação sobre a existência de uma rede assistencial de proteção básica em funcionamento, segundo as exigências preconizadas nas NOB/SUAS.

Na esteira da Proteção Especial, são de especial relevância para os objetivos aqui preconizados, a existência e funcionamento dos seguintes serviços e equipamentos:

a) CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

O CREAS é a unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual ou regional, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos ou contingência, que demandam intervenções especializadas da proteção social especial¹⁷.

b) CREAS Pop – Centro de Referência Especializado para população em situação de rua

O CREAS Pop é a unidade pública estatal, *locus* de referência e atendimento especializado à população adulta em situação de rua, no âmbito da proteção social especial de média

¹⁷ Art. 6º-C, §2º, da Lei 8.742/93 (Lei Orgânica da Assistência Social).

complexidade do SUAS, devendo proporcionar vivências para o alcance da autonomia, estimulando, além disso, a organização, a mobilização e a participação social.

c) SERVIÇO DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO ESPECIALIZADO A FAMÍLIAS E INDIVÍDUOS – PAE-FI (Funciona no CREAS) – Média Complexidade

DESCRIÇÃO: Serviço de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos. Compreende atenções e orientações direcionadas para a promoção de direitos, a preservação e o fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais e para o fortalecimento da função protetiva das famílias diante do conjunto de condições que as vulnerabilizam e/ou as submetem a situações de risco pessoal e social.

USUÁRIOS: Famílias e indivíduos que vivenciam violações de direitos por ocorrência de: i) violência física, psicológica e negligência; ii) violência sexual: abuso e/ou exploração sexual; iii) afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida sócio-educativa ou medida de proteção; iv) tráfico de pessoas; v) situação de rua e mendicância; vi) abandono; vii) vivência de trabalho infantil; viii) discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia; ix) outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminações/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir autonomia e bem estar; x) descumprimento de condicionalidades do PBF e do PETI em decorrência de violação de direitos.

Abrangência¹⁸: Municipal ou Regional

d) SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ABORDAGEM SOCIAL (Funciona no CREAS ou em Unidade Específica Referenciada ao CREAS) – Média Complexidade

DESCRIÇÃO: Serviço ofertado de forma continuada e programada com a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique, nos territórios, a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua, dentre outras.

USUÁRIOS: Crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos (as) e famílias que utilizam espaços públicos como forma de moradia e/ou sobrevivência.

Abrangência: Municipal ou Regional

e) SERVIÇO ESPECIALIZADO PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA (Funciona no Centro de Referência Especializado para população em situação de rua – Média Complexidade)

DESCRIÇÃO: Serviço ofertado para pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Tem a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de

¹⁸ Referência territorializada da procedência dos usuários e do alcance do serviço.

vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida.

USUÁRIOS: Jovens, adultos, idosos (as) e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência.

Abrangência: Municipal.

f) SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL (Funciona em abrigos institucionais e casas de passagem¹⁹) – Alta Complexidade

DESCRIÇÃO GERAL: Acolhimento em diferentes tipos de equipamentos, destinado a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral. É previsto para pessoas em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de auto-sustento.

Abrangência: Municipal ou Regional.

g) SERVIÇO DE ACOLHIMENTO EM REPÚBLICAS (Funciona em repúblicas) – Alta Complexidade

DESCRIÇÃO: Serviço que oferece proteção, apoio e moradia subsidiada a grupos de pessoas maiores de 18 anos em estado de abandono, situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, com vínculos familiares rompidos ou extremamente fragilizados e sem condições de moradia e auto-sustentação. Destinada a pessoas adultas com vivência de rua em fase de reinserção social, que estejam em processo de restabelecimento dos vínculos sociais e construção de autonomia. Possui tempo de permanência limitado, podendo ser reavaliado e prorrogado em função do projeto individual formulado em conjunto com o profissional de referência. As repúblicas devem ser organizadas em unidades femininas e unidades masculinas. O atendimento deve apoiar a qualificação e inserção profissional e a construção de projeto de vida.

USUÁRIOS: Jovens entre 18 e 21 anos, adultos em processo de saída das ruas e idosos.

Abrangência: Municipal ou Regional.

A existência de CREAS e dos serviços ora apresentados, todos voltados ao atendimento de usuários em situação de rua, poderá ser exigida dos Municípios sempre que houver a demanda em seu território, sendo certo que a forma de financiamento (protagonismo ou co-financiamento) e a oferta do serviço em âmbito municipal ou de forma regional dependem do porte do município, como exposto acima, no item 2.3.

Assim, nos municípios classificados como de Pequeno Porte I (Aperibé, Areal, Cambuci, Carapebus, Cardoso Moreira, Carmo, Comendador Levy Gasparian, Conceição de Macabu, Cordeiro, Duas Bar-

¹⁹ No caso específico de adultos e famílias. No caso de crianças, adolescentes e idosos, funciona em abrigos institucionais e casas-lares. No caso de jovens e adultos com deficiência, funciona em residências inclusivas.

ras, Engenheiro Paulo de Frontin, Italva, Laje do Muriaé, Macuco, Mendes, Natividade, Porciúncula, Porto Real, Quatis, Quissamã, Rio Claro, Rio das Flores, Santa Maria Madalena, São José de Ubá, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Trajano de Moraes, Varre-Sai) e Pequeno Porte II (Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Bom Jardim, Bom Jesus do Itabapoana, Cantagalo, Casimiro de Abreu, Guapimirim, Iguaba Grande, Itaocara, Itatiaia, Mangaratiba, Miguel Pereira, Miracema, Paracambi, Paraíba do Sul, Parati, Paty do Alferes, Pinheiral, Piraí, Rio das Ostras, Santo Antônio de Pádua, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra, São José do Vale do Rio Preto, Silva Jardim, Tanguá, Vassouras), havendo demanda, os serviços de proteção especial poderão ser ofertados de forma autônoma ou regionalizada - observada a abrangência do serviço - com co-financiamento dos mesmos,

Nos municípios de Médio Porte (Barra do Piraí, Cachoeiras de Macacu, Itaguaí, Itaperuna, Japeri, Maricá, Rio Bonito, São Pedro da Aldeia, Saquarema, Seropédica, Três Rios, Valença), apenas os serviços de proteção especial de alta complexidade podem ser ofertados como referência regional ou por participação em consórcios, através de co-financiamento. A proteção social básica e especial de média complexidade deve ser oferecida no próprio município.

Ressalte-se que, nas hipóteses de serviços ofertados de forma regionalizada, cada município deve se responsabilizar pelo referenciamento e acesso do usuário ao serviço.

Nos Municípios de Grande Porte (Angra dos Reis, Araruama, Barra Mansa, Belford Roxo, Cabo Frio, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Macaé, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Petrópolis, Queimados, Resende, São João de Meriti, Teresópolis, Volta Redonda) e Metrôpoles (Rio de Janeiro e São Gonçalo), os quais têm protagonismo no financiamento da proteção básica e especial, todos os serviços necessários ao atendimento da população, independente de seu nível de complexidade, devem ser postos à disposição no próprio âmbito municipal.

No que toca à **proteção social básica**, considerando que todo Município deverá ter sua rede estruturada e sua importância na prevenção e diminuição de casos a serem atendidos na seara da proteção especial, as exigências para cada Município podem ser agrupadas na forma abaixo:

- Municípios de Pequeno Porte I (Aperibé, Areal, Cambuci, Carapebus, Cardoso Moreira, Carmo, Comendador Levy Gasparian, Conceição de Macabu, Cordeiro, Duas Barras, Engenheiro Paulo de Frontin, Italva, laje do Muriaé, Macuco, Mendes, Natividade, Porciúncula, Porto Real, Quatis, Quissamã, Rio Claro, Rio das Flores, Santa Maria Madalena, São José de Ubá, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Trajano de Moraes, Varre-Sai) – mínimo de 01 CRAS para até 2.500 famílias referenciadas²⁰.
- Municípios de Pequeno Porte II (Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Bom Jardim, Bom Jesus do Itabapoana, Cantagalo, Casimiro de Abreu, Guapimirim, Iguaba Grande, Itaocara, Itatiaia, Mangaratiba, Miguel Pereira, Miracema, Paracambi, Paraíba do Sul, Parati, Paty do Alferes, Pinheiral, Piraí, Rio das Ostras, Santo Antônio de Pádua, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra, São José do Vale do Rio Preto, Silva Jardim, Tanguá, Vassou-

²⁰ Segundo a NOB/SUAS, considera-se "família referenciada" aquela que vive em áreas caracterizadas como de vulnerabilidade, definidas a partir de indicadores estabelecidos por órgão federal, pactuados e deliberados.

ras) – mínimo de 01 CRAS para até 3.500 famílias referenciadas.

- Municípios de Médio Porte (Barra do Piraí, Cachoeiras de Macacu, Itaguaí, Itaperuna, Japeri, Maricá, Rio Bonito, São Pedro da Aldeia, Saquarema, Seropédica, Três Rios, Valença) – mínimo de 02 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas.
- Municípios de Grande Porte (Angra dos Reis, Araruama, Barra Mansa, Belford Roxo, Cabo Frio, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Macaé, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Petrópolis, Queimados, Resende, São João de Meriti, Teresópolis, Volta Redonda) – mínimo de 04 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas.
- Metrópoles (Rio de Janeiro e São Gonçalo) – mínimo de 08 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas.

Segundo resultados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios realizada pelo IBGE em 2006 e dados de abril de 2011 do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome relativos ao total de famílias inseridas do Cadastro Único, os Municípios do Estado do Rio de Janeiro apresentavam a seguinte configuração de famílias em situação de pobreza:

Município	Estimativa ²¹ de Famílias Pobres Perfil Cadastro Único - 2006	Total de Famílias Cadastradas Perfil Cadastro Único - 2011
Angra dos Reis	19006	8612
Aperibé	1077	1635
Araruama	13249	11780
Areal	1301	978
Armação de Búzios	3245	2293
Arraial do Cabo	2776	2195
Barra do Piraí	10457	5121
Barra Mansa	15569	11786
Belford Roxo	60700	48541
Bom Jardim	3225	2314
Bom Jesus do Itabapoana	3669	3830
Cabo Frio	19646	19719
Cachoeiras de Macacu	7294	7977
Cambuci	1728	2714
Campos Dos Goytacazes	37352	39417
Cantagalo	2216	2059
Carapebus	1236	1103
Cardoso Moreira	1650	2013
Carmo	1925	1901

21 A estimativa de famílias pobres com perfil Cadastro Único (baixa renda) foi feita a partir da combinação da metodologia de Mapas de Pobreza do IBGE, elaborados a partir do Censo Demográfico 2000, da PNAD 2006 e de outros indicadores sócio-econômicos, levando em consideração a renda familiar per capita de até meio salário mínimo.

Casimiro de Abreu	3032	2839
Comendador Levy Gasparian	969	1004
Conceição de Macabu	2385	3093
Cordeiro	2090	2296
Duas Barras	1500	1137
Duque de Caxias	90194	71781
Engenheiro Paulo de Frontin	1515	991
Guapimirim	6167	5935
Iguaba Grande	2318	2835
Itaboraí	27840	22886
Itaguaí	11810	8685
Italva	1817	2080
Itaocara	2438	4514
Itaperuna	10485	9015
Itatiaia	3652	3077
Japeri	14768	14634
Laje do Muriaé	1062	1179
Macaé	18104	16586
Macuco	599	778
Magé	29091	26471
Mangaratiba	3645	2921
Maricá	13192	9771
Mendes	1951	1304
Mesquita	20713	12058
Miguel Pereira	2866	2255
Miracema	2982	3753
Natividade	1707	2146
Nilópolis	15231	12593
Niterói	24292	24988
Nova Friburgo	16585	8518
Nova Iguaçu	94280	70777
Paracambi	5089	4234
Paraíba do Sul	4317	3060
Parati	4600	2240
Paty do Alferes	3438	2721
Petrópolis	27777	15973
Pinheiral	2522	2835
Piraí	2636	1908
Porciúncula	2224	2335
Porto Real	1571	1807
Quatis	1460	1097
Queimados	18182	19221

Quissamã	2038	2433
Resende	10905	5591
Rio Bonito	6186	6567
Rio Claro	2222	1722
Rio Das Flores	911	1294
Rio Das Ostras	8835	6715
Rio de Janeiro	408207	282008
Santa Maria Madalena	1461	1191
Santo Antônio de Pádua	4527	3194
São Fidélis	4538	5664
São Francisco de Itabapoana	6557	6216
São Gonçalo	99971	66887
São João da Barra	3502	5415
São João de Meriti	51532	31713
São José de Ubá	934	1092
São José do Vale do Rio Preto	2576	2000
São Pedro da Aldeia	9970	10049
São Sebastião do Alto	1250	1051
Sapucaia	1998	2573
Saquarema	8638	7604
Seropédica	9979	7424
Silva Jardim	3415	3211
Sumidouro	2167	2718
Tanguá	4364	4376
Teresópolis	17555	11894
Trajano de Moraes	1331	1664
Três Rios	7575	5913
Valença	7704	6118
Varre-sai	1148	1369
Vassouras	3736	3238
Volta Redonda	18871	15682
TOTAL	1425020	1100905

Desta forma, para a consecução desta vertente, deverá ser: i) verificada/exigida a existência de rede e serviços de proteção básica adequada ao porte de cada Município; ii) verificada/exigida a existência de CREAS e dos serviços de proteção especial destacados no presente projeto de acordo com o porte e demanda do município; iii) exigido o referenciamento de usuários para unidades regionais nas hipóteses de não exigível o protagonismo municipal na implementação de rede de proteção especial em alguma ou ambas de suas complexidades; iv) exigida a articulação e referenciamento com a rede de saúde para tratamento, principalmente nos casos de drogadição.

SEGUNDA VERTENTE – FISCALIZAÇÃO DO ADEQUADO FUNCIONAMENTO DOS EQUIPAMENTOS

Esse segundo enfoque visa a analisar a efetividade da rede existente ou implementada. Para tanto, a fiscalização deverá ser realizada em três níveis:

a) Conformidade Técnica

Aqui se pretende confrontar a estrutura e funcionamento dos equipamentos e serviços sócio-assistenciais existentes nos Municípios (dentre aqueles relacionados no presente projeto e, portanto, voltados a moradores de rua e dependentes de drogas) às determinações constantes das Resoluções 109/09 e 269/06 do Conselho Nacional de Assistência Social.

A primeira resolução citada tipifica cada um dos serviços e estabelece os usuários a que cada um se destina, seus objetivos, a estrutura física e material necessária, a forma de encaminhamento dos usuários, o equipamento recomendado para sua realização, o período de funcionamento, sua abrangência territorial e os impactos sociais esperados. A segunda determina o quantitativo e capacitação mínima dos recursos humanos utilizados para a realização de cada um dos serviços da rede municipal de assistência social.

A execução de tal fiscalização caberá aos assistentes sociais vinculados a cada um dos CRAAls, segundo roteiro a ser elaborado pelo GATE Instituições. O GATE Instituições também capacitará equipes técnicas dos CRAAls, atendendo ao objetivo estratégico de padronização de procedimentos e rotinas.

b) Conformidade com os recursos financeiros recebidos do FNAS, FEAS e recursos alocados pelo município.

Aqui se propõe o cotejo entre os repasses realizados pelo Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) e pelo Fundo Estadual de Assistência Social (FEAS), para cada Município, os valores alocados pelo próprio Município e a adequação dos serviços oferecidos.

Assim, serão disponibilizados aos Promotores de Justiça dados relativos ao repasses realizados pelos FNAS e FEAS aos Municípios.

Para tanto, foram celebrados termos de cooperação técnica entre o Ministério Público, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e a Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos visando a troca de informações relativas ao monitoramento do SUAS, inclusive quanto à disponibilização de dados referentes aos repasses do FEAS e FNAS.

Dessa forma, será possível confrontar a realidade local com os valores destinados pela União e pelo Estado do Rio de Janeiro a cada Município, possibilitando a fiscalização quanto à existência de co-financiamento municipal e quanto à correta aplicação das verbas recebidas na implementação dos equipamentos e serviços sócio-assistenciais.

TERCEIRA VERTENTE – FISCALIZAÇÃO DAS ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL QUE RECEBAM RECURSOS DO PODER PÚBLICO

O presente enfoque visa, num primeiro momento, fomentar a adequação das entidades e organi-

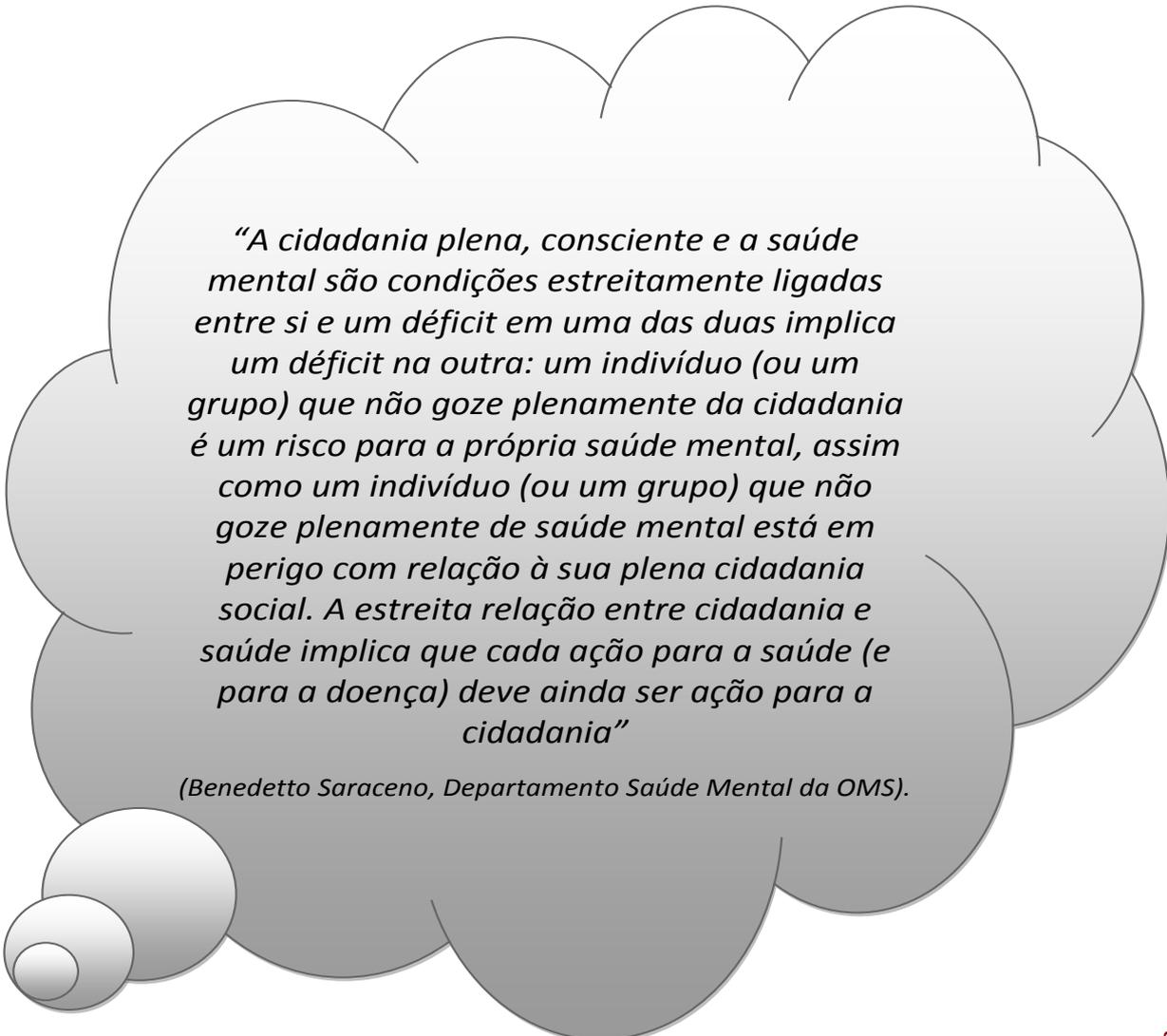
zações de assistência social que recebam recursos públicos às normas da LOAS e do SUAS e, posteriormente, coibir o financiamento público dos serviços, programas, ações ou projetos realizados por entidades e organizações em desacordo com a regulamentação legal.

Nesse contexto, tem-se que o funcionamento de entidades e organizações de assistência social depende de prévia inscrição no CMAS e a celebração de convênios, contratos, acordos e ajustes da vinculação da entidade ao SUAS (art. 9º e 6º B da Lei 8747/93).

Merece destaque, ainda, a norma que exige que os convênios celebrados pela União, Estados, Municípios e DF com entidades privadas de assistência social estejam de acordo com os Planos aprovados pelos respectivos Conselhos (art. 10 da Lei 8742/93).

Assim, a atuação dessas entidades e organizações, além de obedecer aos requisitos legais para funcionamento e recebimento de verbas públicas, deve se pautar pelas regras da política de assistência social, inclusive quanto à tipificação de serviços e recursos humanos adequados.

Com isso, busca o Ministério Público realizar um diagnóstico sobre a adequação dos repasses públicos ao setor privado na área de assistência social, além de incrementar sua fiscalização sobre o cumprimento dos requisitos legais por essas pessoas jurídicas, inclusive quanto aos serviços, programas, projetos e ações ali executados.



“A cidadania plena, consciente e a saúde mental são condições estreitamente ligadas entre si e um déficit em uma das duas implica um déficit na outra: um indivíduo (ou um grupo) que não goze plenamente da cidadania é um risco para a própria saúde mental, assim como um indivíduo (ou um grupo) que não goze plenamente de saúde mental está em perigo com relação à sua plena cidadania social. A estreita relação entre cidadania e saúde implica que cada ação para a saúde (e para a doença) deve ainda ser ação para a cidadania”

(Benedetto Saraceno, Departamento Saúde Mental da OMS).



Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro