

Manual do Promotor de Justiça da Infância e Juventude

O uso de drogas por crianças e adolescentes
e a estruturação da Rede de Atenção
em Saúde Mental Infantojuvenil



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA INFÂNCIA E JUVENTUDE
ESCOLA SUPERIOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS

Manual do Promotor de Justiça da Infância e Juventude

**O uso de drogas por crianças e adolescentes
e a estruturação da Rede de Atenção em
Saúde Mental Infantojuvenil**

GOIÂNIA
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS
2012

M294m Manual do Promotor de Justiça da Infância e Juventude:
2012 O uso de drogas por crianças e adolescentes e a estruturação da rede de atenção em saúde mental infantojuvenil /Liana Antunes Vieira Tormin (coordenadora).-- Goiânia : Ministério Público do Estado de Goiás, 2012.

158 p.: 21 cm

Inclui bibliografia

1.Criança e adolescente - direitos. 2. Criança e adolescente - saúde mental. 3. Drogas - dependência. I.Escola Superior do Ministério Público do Estado de Goiás. II.Goiás (Estado) - Ministério Público - Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude. III.Título.

CDU 347.64:347.963

T.G.G. CRB 1842

A responsabilidade dos trabalhos publicados é exclusivamente de seus autores.

Pede-se permuta

On demande l'échange

We ask for exchange

Redação: Liana Antunes Vieira Tormin, Jaqueline Luvisotto Marinho e Camila Benites Soares

Colaboradores: Alexandre Mendes Vieira e Ana Paula Antunes Vieira Nery

Editoração, edição e capa: Coordenação de Editoração da ESMP-GO

Foto capa: *site* Stock.XCHNG

Impressão:

Revisão ortográfica: Mirela Adriele da Silva Castro

Tiragem: 1.200 exemplares

Ministério Público do Estado de Goiás

Procuradoria-Geral de Justiça do Estado de Goiás

Procurador-Geral de Justiça - Benedito Torres Neto

Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

Coordenadora - Liana Antunes Vieira Tormin

Escola Superior do Ministério Público do Estado de Goiás

Diretor - Spiridon Nicofotis Anyfantis

Ministério Público do Estado de Goiás

Rua 23, esquina c/ Av. Fued Sebba, Qd.06, Lts. 15/24

Jardim Goiás - Goiânia - CEP 74.805 - 100 Fone: (62) 3243 8000

e.mail: esmp@mp.go.gov.br; editoracao@mp.go.gov.br

<http://www.mp.go.gov.br>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
DROGAS: DEFINIÇÕES, TIPOS E EFEITOS	09
USO INDEVIDO DE DROGAS: DEFINIÇÕES E SINTOMAS	13
CONSEQUÊNCIAS E FATORES RELACIONADOS AO USO INDEVIDO DE DROGAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES .	17
APONTAMENTOS SOBRE O TRATAMENTO DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE APRESENTANDO USO INDEVIDO DE DROGAS PSICOATIVAS	23
MODALIDADES DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA ...	24
1. Da internação psiquiátrica voluntária	28
2. Da internação psiquiátrica involuntária	29
3. Da internação psiquiátrica compulsória ...	30
REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL	31
Dos componentes da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental.....	32
Da possibilidade de regionalização dos serviços da rede.....	39
Da Rede de Atenção em Saúde Mental Infante juvenil.....	40
1. Atenção Básica em Saúde	40
1.1. Unidade Básica de Saúde	41
1.2. Núcleos de Apoio à Saúde da Família	43
1.3. Equipes dos Consultórios na Rua	44

2. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	45
2.1. CAPS I	46
2.2. CAPS II	46
2.3. CAPS III	46
2.4. CAPS i (infantojuvenil)	46
2.5. CAPS AD (álcool e drogas)	46
3. Atenção em Urgência e Emergência	48
3.1. Serviço pré-hospitalar móvel	49
3.2. Serviços de saúde com possibilidade de realizar atendimentos de urgência / emergência	49
4. Atenção Hospitalar Especializada	49
4.1. Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de drogas.....	50
4.2. Enfermaria especializada em Hospital Geral	51
4.3. Hospitais especializados	52
5. Atenção Residencial de Caráter Transitório	53
5.1. Unidade de Acolhimento Transitório	53
5.1.1. Unidade de Acolhimento Tran- sitório Infantojuvenil	53
5.2. Serviços de Atenção em Regime Resi- dencial	54
5.2.1. Comunidades Terapêuticas	55
6. Estratégias de Desinstitucionalização	57
6.1. Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ...	57
6.2. Programa de Volta para Casa	58
7. Demais componentes	59
7.1. Reabilitação psicossocial	59
7.2. Programa Academia da Saúde	59
7.3. Centros de Convivência	60
7.4. Programa Saúde na Escola	60

ATUAÇÃO DO PROMOTOR DE JUSTIÇA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
ANEXO I - LEGISLAÇÃO	79
ANEXO II - REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE GOIÁS	87
DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA	97
ANEXO III - REGIÕES DE SAÚDE EM GOIÁS	105
ANEXO IV - PROCEDIMENTO PARA IMPLANTAÇÃO DE CAPS	115
ANEXO V - MATERIAL DE APOIO	
PLANO DE AÇÃO.....	117
RECOMENDAÇÕES	
AO CHEFE DO PODER EXECUTIVO E SECRETARIAS.....	119
AO CONSELHO MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	131
TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA.....	137
ATA DA PRIMEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DOS PROMOTORES DE JUSTIÇA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE E ÁREAS AFINS.....	147
REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES.....	151

APRESENTAÇÃO

Diante do atual cenário epidemiológico, que mostra a expansão do consumo de drogas psicoativas no país, associado a um contexto de vulnerabilidade de crianças e adolescentes, faz-se necessário intensificar, ampliar e diversificar as ações da rede de saúde mental orientadas para a prevenção de agravos, promoção da saúde e tratamento da população infantojuvenil envolvida com o uso indevido dessas substâncias e suas famílias.

Em Goiás, a Rede de Atenção em Saúde Mental ainda está deficitária, dificultando o encaminhamento dos casos trazidos ao Ministério Público e mantendo a internação como a alternativa mais procurada para o atendimento de pacientes com transtornos mentais não necessariamente graves, em patente desrespeito à reforma psiquiátrica.

Não raro, o uso de drogas psicoativas tem início na infância ou na adolescência¹.

Outrossim, evidências indicam que as referidas substâncias ocasionam danos mais significativos no sistema neurológico em fase de formação e/ou amadurecimento, aumentando o risco de dependência e de agravos associados, tornando as crianças e os adolescentes mais vulneráveis aos seus efeitos².

Sem a pretensão de esgotar o tema, mas com o propósito de contribuir para a alteração desse quadro, o Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude e a Unidade Técnica em

¹ Referências: Brasil (2009a); Carlini (2006); CEBRID (2003, 2004, 2006); Galduróz *et al.* (2011); Malta *et al.* (2011); Noal *et al.* (2010).

² Referências: Bava e Tapert (2010); Bessa (2012); Bessa *et al.* (2011); Casey e Jones (2010); Chambers *et al.* (2003); Pechansky *et al.* (2004); Rutherford *et al.* (2010); Scilovetto e Martins (2003); Squeglia *et al.* (2009).

Medicina do Ministério Público do Estado de Goiás elaboraram o presente manual, acompanhado de material de apoio para subsidiar a atuação do Promotor de Justiça da Infância e Juventude no sentido de instigar a elaboração dos planos municipais de combate ao uso de drogas por crianças e adolescentes, a implementação de serviços de atenção em saúde mental infantojuvenil e o estabelecimento do adequado fluxo de encaminhamento, evitando, dentre outros, internações desnecessárias e a constante demanda por interferência judicial para tratamento da dependência de drogas.

Fortalecer a rede municipal de atenção em saúde mental de crianças e adolescentes e estimular a atuação integrada dos órgãos da Saúde, Assistência Social e Educação, contemplando a prevenção de agravos, tratamento, recuperação e reabilitação daqueles em situação de dependência e suas famílias, são medidas essenciais para a defesa e a promoção do direito infantojuvenil à saúde.

Goiânia, novembro de 2012.

Liana Antunes Vieira Tormin

Promotora de Justiça
Coordenadora do Centro de Apoio Operacional
da Infância e Juventude

DROGAS: DEFINIÇÕES, TIPOS E EFEITOS

O termo "drogas" apresenta diversas concepções, podendo ser compreendido como:

- matéria-prima de origem mineral, vegetal ou animal que contém um ou mais fármacos;
- toda substância que, introduzida no organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções;
- é qualquer substância química ou mistura de substâncias, distintas das necessárias em condições normais para a conservação da saúde, cuja administração modifica as funções biológicas e a estrutura do organismo;
- substância usada para tratar ou aliviar enfermidades ou com propósitos não terapêuticos (uso indevido/uso não médico);
- substância psicoativa que modifica o estado de ânimo, o entendimento e o comportamento;
- substância que induz fenômenos de tolerância, comportamento de busca, neuroadaptação e generalização da resposta;
- substância que induz a auto-administração, tem a propriedade de causar intensos efeitos de reforço e provoca efeitos prejudiciais à saúde ou à função social³.

Devido à amplitude do termo "drogas"⁴, será considerada sua definição como "drogas psicoativas" (ou substâncias psicoativas)⁵,

³Referência: Cazenave (2010, p. 39).

⁴ O artigo 1º, parágrafo único, da Lei Federal n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, considera como drogas "as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União", permanecendo a definição legal do referido termo como norma penal em branco.

⁵Referência: Brasil (2010, p. 57-58, 59 e 112).

as quais têm o potencial de atuar no sistema nervoso central gerando modificações em processos mentais (como comportamento, humor e cognição), abarcando substâncias consideradas lícitas e ilícitas.

As drogas psicoativas podem ser classificadas em três grupos, conforme os efeitos no sistema nervoso central, salientando, no entanto, que cada tipo de droga psicoativa também apresenta efeitos diferentes, apesar de enquadrada em determinado grupo:

- depressoras: diminuem a atividade do sistema nervoso central, podendo gerar diminuição da ansiedade, da reatividade à dor e da atividade motora, além de sonolência, podendo, no entanto, apresentar efeito euforizante inicial. Exemplos: álcool, solventes, barbitúricos, benzodiazepínicos, opioides.

- estimulantes: aumentam a atividade do sistema nervoso central, podendo gerar ansiedade, insônia, aumento do estado de alerta, agitação motora. Exemplos: cocaína e seus derivados, anfetaminas, nicotina, cafeína.

- perturbadoras: provocam o surgimento de alterações de funções psíquicas, como alucinações e delírios. Exemplos: maconha, ecstasy, LSD, anticolinérgicos⁶.

TABELA 1. EXEMPLOS DE EFEITOS DE DETERMINADOS TIPOS DE DROGAS PSICOATIVAS⁷

Classe de drogas psicoativas	Exemplo de produto	Exemplos de possíveis efeitos das drogas psicoativas
Álcool	Bebidas alcoólicas	Intoxicação alcoólica aguda (pode provocar irritabilidade, labilidade do humor, fala arrastada, marcha ébria, impulsividade, diminuição do desempenho motor, pensamento lento, agressividade, depressão respiratória, coma, aumento do risco de acidentes de trânsito e ideação suicida).

⁶ Referências: Azevedo (2000, p. 58); CEBRID (2003, p. 45).

⁷ Referências utilizadas na elaboração da tabela: Alves *et al.* (2011); AMB/CFM (2002a, 2002b, 2002c, 2008); Araújo (2004); Cordeiro e Diehl (2011); Damasceno (2008); Diehl *et al.* (2011); Ferreira (2010); Galduróz e Noto (2010); Koller *et al.* (2012); Lemos e Fonseca (2011); Moreira *et al.* (2012); Nappo *et al.* (2010); Nascimento (2008); Pressman e Gigliotti (2011); Reichert *et al.* (2008); Ribeiro *et al.* (2012a); Rosenberg e Sobreiro (2008); Seibel (2010a, 2010b); Zuardi e Crippa (2011).

Classe de drogas psicoativas	Exemplo de produto	Exemplos de possíveis efeitos das drogas psicoativas
Álcool (cont.)	Bebidas alcoólicas	Síndrome da abstinência de álcool (pode apresentar tremores de extremidades, ansiedade, sudorese, taquicardia, insônia, vômitos, cefaleia, alteração de humor, câibras musculares, agitação psicomotora, crises convulsivas, desorientação no tempo e no espaço, alucinações, agressividade). Síndrome de dependência de álcool. Déficits cognitivos e síndromes demenciais. Hepatite alcoólica e cirrose hepática. Anemia. Polineuropatia. Miopatia. Risco aumentado de câncer de esôfago, fígado, cavidade oral e orofaringe.
Nicotina (tabaco)	Cigarro industrializado, cachimbo e charuto	Síndrome de dependência de nicotina. Síndrome de abstinência de nicotina (pode apresentar irritabilidade, distúrbio do sono, ansiedade, humor deprimido, dificuldade de concentração, inquietação, aumento do apetite). Risco aumentado de câncer de pulmão, faringe, laringe, esôfago, cavidade oral, bexiga. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Risco aumentado de Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Trombose vascular.
Maconha	Maconha (Planta <i>Cannabis sativa</i>)	Efeitos agudos: pode provocar intensificação de experiências sensoriais, alterações na percepção do tempo, taquicardia, alteração na pressão arterial, relaxamento, mas em doses altas pode ocorrer aumento intenso da ansiedade, reação aguda de pânico e sintomas psicóticos transitórios. Efeitos crônicos: pode provocar dependência, prejuízos cognitivos, e, pelo uso da maconha fumada, alterações inflamatórias do trato respiratório.
Cocaína	Cocaína (vias injetável ou intranasal), crack (via fumada), merla (via fumada), oxi (via fumada)	Efeitos agudos: pode provocar euforia, sensação de energia, autoconfiança elevada, estado de alerta, diminuição do apetite, ansiedade, sintomas persecutórios, aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, da frequência respiratória e da temperatura corporal, sudorese, tremores, dilatação da pupila, cefaleia, espasmos musculares. Efeitos crônicos: Síndrome de dependência de cocaína. Síndrome de abstinência de cocaína (pode apresentar inicialmente <i>crash</i> , com sintomas depressivos, aumento do sono, esgotamento físico; depois uma fase de alteração do humor, com irritabilidade e desejo intenso de uso da droga [<i>craving/fissura</i>], aumentando o risco de recaídas) Podem ocorrer também arritmia cardíaca, Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral (AVC), crises convulsivas, agravos pulmonares e queimaduras da boca e do nariz (uso por via fumada), perfuração do septo nasal (uso por via intranasal).

Classe de drogas psicoativas	Exemplo de produto	Exemplos de possíveis efeitos das drogas psicoativas
Inalantes / Solventes	<p>Abrem diversas substâncias, como butano, hexano, propano, tolueno, éter etílico, cloro de etila, halotano, clorofórmio, óxido nitroso, acetona, benzeno, tolueno, nitrato de isobutila.</p> <p>Exemplos de produtos que podem apresentar inalantes/solventes: gás de cozinha, tintas, removedor de esmalte, fluido de isqueiro, benzina, vernizes, cola de sapateiro, anestésicos, cola de madeira, removedor de manchas, sprays desodorizantes.</p>	<p>Efeitos agudos: pode provocar euforia, tonturas, vômitos, tosse, espirros, sensibilidade visual à luz, alterações auditivas e visuais, salivação aumentada, cefaleia, cólicas abdominais, desorientação, incoordenação motora, convulsões, perda de consciência.</p> <p>Efeitos crônicos: pode provocar dependência, prejuízos cognitivos, alterações de humor, alterações de coordenação motora, alterações renais, hepáticas e pulmonares.</p>
Anfetaminas / Anfetamínicos	<p>Anfepramona, dextroanfetamina, metanfetaminas (<i>ecstasy, ice, cristal</i>)</p>	<p>Efeitos agudos: pode provocar diminuição do sono e do apetite, inquietação, irritabilidade, ansiedade, cefaleia, tremor, alterações de humor, aumento da fala, vômitos, euforia, hiperatividade, aumento da frequência cardíaca, da temperatura corporal e da pressão arterial, dilatação da pupila, convulsões, sintomas psicóticos agudos.</p> <p>Efeitos crônicos: pode provocar dependência, irritabilidade, impulsividade, prejuízos cognitivos, sintomas psicóticos, desnutrição, alterações cardíacas, síndrome de abstinência (com fissura intensa, fadiga, sintomas depressivos, ansiedade, pesadelos, aumento do sono).</p>

USO INDEVIDO DE DROGAS: DEFINIÇÕES E SINTOMAS

O termo "uso indevido de drogas"⁸ é utilizado aqui para abranger a amplitude de possibilidades diagnósticas relacionadas ao uso de drogas psicoativas, como intoxicação, uso nocivo, abuso e dependência, compreendendo o uso de drogas psicoativas que gere ou aumente o risco de gerar prejuízos sociais e à saúde (física e/ou mental) do usuário⁹.

A dependência de drogas psicoativas é considerada como uma doença crônica, permeada por uma complexidade de múltiplos fatores, que envolvem aspectos sociais, psicológicos e biológicos, tornando-se necessários o acompanhamento continuado por equipe multiprofissional e a atuação intersetorial¹⁰. Na dependência de drogas psicoativas, pode-se apresentar:

- tolerância: com o uso continuado da droga psicoativa, ocorre diminuição ou ausência dos efeitos gerados pelo uso da droga com a mesma quantidade ou a necessidade de aumento progressivo da quantidade para que o uso da droga continue a gerar os mesmos efeitos esperados;
- abstinência: apresentação de um conjunto de sintomas e sinais devido à interrupção ou diminuição do uso da droga psicoativa, ou a utilização da droga (ou de uma droga similar) para aliviar ou evitar os sinais e sintomas de abstinência;
- *craving* (fissura pela droga) e ausência de controle no uso da droga: forte desejo ou compulsão para utilizar a droga psicoativa

⁸ O termo "uso indevido" é utilizado na Lei Federal n. 11.343, de 23 de agosto de 2006 (artigo 1º).

⁹ Referência: Brasil (2010, p. 57-58, 59 e 112).

¹⁰ Referências: OMS (2001); Pratta e Santos (2009).

e comprometimento da capacidade de controle sobre o modo de uso da droga psicoativa em relação a quantidade, início e término da utilização;

- saliência do comportamento: devido à preocupação com o uso da droga, ocorre a redução ou o abandono de atividades prazerosas, recreativas, ocupacionais ou alternativas importantes, ou quando muito tempo é utilizado para a obtenção e o consumo da droga e para a recuperação de seus efeitos, ou ainda quando ocorre o uso persistente da droga apesar das evidências consistentes das consequências prejudiciais decorrentes do uso da droga apresentadas pelo indivíduo, estando consciente efetivamente dessas consequências e de sua relação com a utilização da droga¹¹.

A tabela a seguir apresenta os critérios considerados pela Organização Mundial da Saúde na Classificação Internacional de Doenças (CID-10)¹² para os transtornos relacionados ao uso de drogas psicoativas:

Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10-F19)

(Referência: OMS, 2007, p. 312-314)

* Este agrupamento compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que têm em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico.

Intoxicação aguda

Estado conseqüente ao uso de uma substância psicoativa e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo, aspiração de vômito, delirium, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração.

Uso nocivo para a saúde

Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite conseqüente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool).
Abuso de uma substância psicoativa.

¹¹ Referências: Fonseca e Lemos (2011); Silva (2011).

¹² Referência: OMS (2007, p. 312-317).

Síndrome de dependência

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes.

Síndrome [estado] de abstinência

Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitadas no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões.

Como os critérios diagnósticos referentes aos transtornos mentais relacionados ao uso de drogas psicoativas, apresentados no CID-10¹³, não diferenciam a apresentação clínica de acordo com a fase da vida (infância, adolescência, vida adulta), para o estabelecimento do diagnóstico em crianças e adolescentes deve-se também considerar as particularidades das fases de infância e adolescência na avaliação, atentando para as complicações biomédicas, escolares e psicossociais.¹⁴

¹³ E também os apresentados em outra classificação, o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* - 4ª edição (DSM-4), da American Psychiatric Association.

¹⁴ Referências: Bessa *et al.* (2011); Griswold *et al.* (2008); Pechansky *et al.* (2004); Scivoletto e Martins (2003).

CONSEQUÊNCIAS E FATORES RELACIONADOS AO USO INDEVIDO DE DROGAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Estudos epidemiológicos indicam que o primeiro uso de drogas psicoativas ocorre de modo expressivo durante o período da adolescência (conforme mostra a tabela 2) e que o uso indevido é significativo durante esse período, ocorrendo inclusive utilização de drogas psicoativas na infância¹⁵.

TABELA 2. Médias e desvios padrões das idades do primeiro uso de drogas (em anos)¹⁶

Droga	Média	Desvio padrão
cocaína	14,4	2,0
maconha	13,9	1,8
crack	13,8	2,2
ansiolíticos	13,5	2,1
anticolinérgicos	13,4	2,4
anfetamínicos	13,4	2,2
solventes	13,1	2,2
tabaco	12,8	2,1
álcool	12,5	2,1

A seguir são apresentados dados epidemiológicos sobre o uso de drogas psicoativas em Goiânia, referentes a levantamento

¹⁵ Referências: Brasil (2009a); Carlini (2006); CEBRID (2003, 2004, 2006); Galduróz *et al.* (2011); Malta *et al.* (2011); Noal *et al.* (2010).

¹⁶ Referência: Brasil (2009a, p. 68).

nacional realizado entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual, em 2004¹⁷.

TABELA 3. Uso de drogas psicoativas em geral (exceto tabaco e álcool) entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual de Goiânia¹⁸.

	Idade (anos) (dados em %)			
	10-12	13-15	16-18	>18
uso na vida	20,7	31,5	30,4	23,6
uso no ano	18,2	29,0	28,7	19,0
uso no mês	11,8	21,3	21,7	11,7
uso frequente	1,3	5,0	6,7	2,7
uso pesado	0,8	3,1	5,2	2,3

TABELA 4. Uso de determinados tipos de drogas psicoativas por estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual de Goiânia²⁰.

Drogas	Tipos de uso (dados em %)				
	Uso na vida	Uso no ano	Uso no mês	Uso frequente	Uso pesado
álcool	69,8	67,7	47,2	13,9	7,8
tabaco	25,9	14,5	9,7	3,8	2,9
maconha	7,2	5,4	3,8	0,8	0,6
cocaína	4,0	3,1	2,7	0,7	0,4
crack	1,1	1,1	0,9	0,4	0,3
anfetamínicos	5,8	4,9	3,3	0,4	0,4
solventes	21,3	20,5	13,5	2,6	1,6

¹⁷ Referência: CEBRID (2004).

¹⁸ Referência: CEBRID (2004, p. 116).

¹⁹ Conforme a referência CEBRID (2004, p. 17), definição dos tipos de uso:

- uso na vida: uso de qualquer droga psicoativa pelo menos uma vez na vida;
- uso no ano: uso de droga psicoativa pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam a pesquisa;
- uso no mês: uso de droga psicoativa pelo menos uma vez nos trinta dias que antecederam a pesquisa;
- uso freqüente: uso de droga psicoativa seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa;
- uso pesado: uso de droga psicoativa vinte ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa.

²⁰ Referência: CEBRID (2004, p. 117).

Deve-se atentar para o fato de que o uso de drogas psicoativas entre crianças e adolescentes em situação de rua é expressivo²¹.

A seguir são apresentados dados epidemiológicos relativos a Goiânia sobre o uso de drogas psicoativas por crianças e adolescentes em situação de rua, referentes a levantamento nacional realizado em 2003²²:

TABELA 5. Uso de cada categoria de drogas psicoativas entre crianças e adolescentes em situação de rua entrevistados em Goiânia²³

Tipo de droga	Uso no ano (dados em %)	uso no mês (dados em %)
álcool	63,4	56,1
tabaco	63,4	61,0
solventes	41,5	22,0
maconha	48,8	34,2
cocaína e derivados	29,3	17,1

TABELA 6. Frequência do uso de drogas psicoativas no mês que antecedeu a pesquisa entre crianças e adolescentes em situação de rua entrevistados em Goiânia²⁴

Tipo de droga	Uso em cerca de 20 ou mais dias no mês que antecedeu a pesquisa (dados em %)	Uso em cerca de 4 a 19 dias no mês que antecedeu a pesquisa (dados em %)	Uso em cerca de 1 a 3 dias no mês que antecedeu a pesquisa (dados em %)
álcool	4,9	19,5	31,7
tabaco	46,3	7,3	7,3
solventes	14,6	4,9	2,4
maconha	12,2	9,8	12,2
cocaína e derivados	4,9	4,9	7,3

²¹ Referências: Brasil (2009a); Carlini (2006); CEBRID (2003, 2004, 2006); Galduróz *et al.* (2011); Malta *et al.* (2011); Noal *et al.* (2010).

²² Conforme a referência CEBRID (2003, p. 15), no levantamento nacional realizado, "a situação de rua foi caracterizada em função da periodicidade e da quantidade de horas permanecidas na rua (ao menos meio período do dia), bem como do contexto de atividades desenvolvidas na rua (distante do local de moradia e sem supervisão de familiar ou outro adulto responsável)".

²³ Referência: CEBRID (2003, p. 179).

²⁴ Referência: CEBRID (2003, p. 179).

O uso indevido de drogas psicoativas na infância e adolescência propicia a ocorrência de danos significativos - também em decorrência das particularidades destas fases, em que o indivíduo se encontra em desenvolvimento e o sistema nervoso central apresenta transformações importantes e maior vulnerabilidade a efeitos das drogas -, aumentando o risco de prejuízos no desenvolvimento, acidentes automobilísticos, suicídio, exposição às doenças sexualmente transmissíveis, exposição à gravidez precoce, prejuízos acadêmicos, evolução para dependência de drogas psicoativas e prejuízos neuropsicológicos, além dos agravos específicos decorrentes da utilização de cada tipo de droga²⁵. Importante ressaltar que os danos gerados pelo uso de drogas psicoativas não se restringem às drogas consideradas ilícitas, visto ser o uso indevido de álcool também importante causa de danos significativos às crianças e adolescentes²⁶.

Devido à complexidade permeada no uso de drogas, em que há a interação de múltiplos fatores relacionados a aspectos familiares, biológicos, sociais, culturais e psicológicos, faz-se importante a avaliação de fatores de risco e de fatores de proteção para o uso de drogas psicoativas no acompanhamento de crianças e adolescentes, visto que esses fatores podem interferir no tratamento e na prevenção de agravos, constituindo-se assim em possibilidades de intervenção multiprofissional e intersetorial, a fim de tentar minimizar ou anular os fatores de risco e potencializar ou valorizar os fatores de proteção²⁷. Não há como determinar apenas um fator como causa do uso de drogas, pois há uma interação complexa de fatores envolvidos²⁸. A seguir, são listados determinados fatores de risco e de proteção para o uso de drogas psicoativas:

²⁵ Referências: Bava e Tapert (2010); Bessa (2012); Bessa *et al.* (2011); Casey e Jones (2010); Chambers *et al.* (2003); Pechansky *et al.* (2004); Rutherford *et al.* (2010); Scivoletto e Martins (2003); Squeglia *et al.* (2009).

²⁶ Referências: Pechansky *et al.* (2004); Scilovetto e Martins (2003).

²⁷ Referências: Ribeiro *et al.* (2012b); Schenker e Minayo (2005).

²⁸ Referências: Ribeiro *et al.* (2012b); Schenker e Minayo (2005).

TABELA 7. FATORES DE PROTEÇÃO E RISCO NOS DIFERENTES CAMPOS DA VIDA²⁹

FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO
Indivíduo	
Predisposição genética.	Crenças, valores morais e religiosidade.
Baixa autoestima, senso de desesperança em relação à vida.	Orientação voltada para a saúde e percepção dos riscos do uso de drogas.
Percepção de que amigos aprovam o uso de drogas.	Percepção dos controles e sanções sociais, intolerância com comportamentos desviantes e bom relacionamento com os adultos.
Problemas com a vinculação social, rebeldia, personalidade desafiadora e resistente à autoridade.	Habilidades sociais assertivas e competentes, tais como empatia, pragmatismo e bom controle interno.
Padrão de comportamento <i>sensation seeking</i> ³⁰ , curiosidade, problemas no controle dos impulsos.	
Habilidades deficitárias para lidar com as situações.	
Amigos	
Usuários de substâncias psicoativas e/ou adeptos de comportamentos desviantes.	Adeptos de modelos convencionais de comportamento e normas sociais.
Atitudes favoráveis ao uso de drogas.	Intolerantes com condutas desviantes.
Família	
Ambiente doméstico caótico e conflituoso.	Ambiente familiar apoiador, harmônico, estável e seguro, com regras claras de conduta e envolvimento dos pais na vida dos filhos.
Apego inseguro e mau relacionamento entre os membros.	Vínculos e relações de apego fortes, seguras e estáveis.
Consumo ou atitudes favoráveis ao uso de substâncias por parte dos pais ou outros membros.	Normas e valores morais sólidos.
Cuidados providos de modo irregular e pouco apoiador, ausência de monitoramento.	
Expectativas altas e irrealistas entre os membros.	

²⁹ Tabela reproduzida da referência Ribeiro *et al.* (2012b, p. 229).

³⁰ Segundo a referência Pinho (2003, p. 4, citando Zuckerman, 1994, p. 27), "*sensation seeking* é um traço de personalidade definido pela procura de variedade, novidade, complexidade de intensas emoções e experiências, e a necessidade de correr riscos físicos, sociais, legais e financeiros pelo prazer de tais experiências".

FATORES DE RISCO (cont.)	FATORES DE PROTEÇÃO (cont.)
Escola	
Fracasso acadêmico.	Políticas de integração entre os alunos e monitoramento do desempenho escolar.
Baixo envolvimento e ajustamento escolar.	Normas que desencorajem a violência e o uso de substâncias psicoativas.
Rejeição por colegas/ <i>bullying</i> .	Clima positivo, voltado para o estabelecimento de vínculos.
Expectativas irrealistas e falta de apoio institucional.	
Comunidade	
Disponibilidade, incentivo ao consumo e ausência de políticas e controle para substâncias lícitas (álcool, tabaco).	Acesso a serviços de saúde e bem-estar social.
Violência, pobreza e ausência de suporte social.	Segurança, organização e normas comunitárias contra a violência e o uso de drogas.
Desorganização social e ausência do Estado.	Atividades de lazer, vínculos comunitários e práticas religiosas.
	Identidade cultural e orgulho étnico.

APONTAMENTOS SOBRE O TRATAMENTO DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE APRESENTANDO USO INDEVIDO DE DROGAS PSICOATIVAS

Devido às características particulares da infância e da adolescência, os programas de tratamento precisam ser adequados, não sendo possível padronizar para essas fases tratamentos voltados para os adultos. Ademais, cada criança e adolescente apresenta características distintas, devendo cada caso ser avaliado em suas particularidades, não havendo como estabelecer um único tipo de tratamento para todos os indivíduos. Não bastasse, é necessário que o acompanhamento seja realizado no contexto de uma rede de serviços interligados, não se restringindo a tratamentos médicos em regime de internação ou ambulatorial.

A avaliação e o tratamento das crianças e adolescentes precisa envolver os aspectos biológicos (clínicos e psiquiátricos), psicológicos, familiares e sociais, devido à multifatorialidade envolvida no uso de drogas pela população infantojuvenil.

Em outras palavras, o referido tratamento não pode ser focalizado exclusivamente no uso de drogas, sendo necessários a avaliação e o acompanhamento da criança ou adolescente em sua totalidade, em relação à saúde mental em uma perspectiva global, incluindo consequências físicas, problemas familiares, psicológicos e sociais apresentados.

Desse modo, o tratamento adequado deverá ser definido pela equipe multiprofissional de acompanhamento, em conjunto com o paciente e a família, construindo um projeto terapêutico singular.

Ademais, é pacífico que a internação, o atendimento

extra-hospitalar e ambulatorial e a utilização de medicamentos não pode ser dissociada das abordagens social e psicoeducacional, que pressupõem mudança de comportamentos (alimentares, sociais, desportivos, educacionais, etc.), sendo indispensável o acompanhamento psicossocial da criança ou adolescente e sua família.

Enfim, a possibilidade de comorbidades psiquiátricas nas crianças e adolescentes apresentando transtornos relacionados ao uso de drogas psicoativas indica a necessidade de avaliação e acompanhamento adequados para a realização de diagnósticos de outros transtornos psiquiátricos porventura associados e de seu adequado tratamento, o que pode também auxiliar no tratamento do transtorno relacionado ao uso da droga psicoativa³¹.

MODALIDADES DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

O novo modelo assistencial em saúde mental estabelece três modalidades de internação psiquiátrica (artigo 6º, parágrafo único, da Lei n. 10.216/01):

- Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI): realizada sem o consentimento expresso do paciente e a pedido de terceiro;
- Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV): realizada com o consentimento expresso do paciente;
- Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC): determinada pela Justiça.

A internação é medida extrema e excepcional condicionada a critérios clínicos e psiquiátricos específicos, não podendo ser considerada como única alternativa, visto que pressupõe o esgotamento das possibilidades de tratamento extra-hospitalar.

³¹ Referências: Bessa *et al.* (2011); Scilovetto e Martins (2003).

Outrossim, a internação de crianças e adolescentes com transtornos relacionados ao uso de drogas psicoativas, quando cabível, deve se fazer acompanhar de abordagens sociais, psicológicas, médicas e educacionais.

Durante a internação, a criança ou o adolescente deve ser acompanhado pela equipe do serviço de saúde, incluindo profissionais das áreas de psicologia e assistência social, entre outros que sejam considerados necessários para o sucesso e a continuidade do tratamento.

As internações psiquiátricas (a) somente podem ser realizadas mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os motivos (artigo 6º, *caput*, da Lei n. 10.216/2001); (b) devem ser autorizadas por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado em que se localize o estabelecimento (artigo 8º, *caput*, da Lei n. 10.216/2001); e (c) terminam, quando involuntárias, por solicitação escrita do familiar ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento (artigo 8º, §2º da Lei n. 10.216/2001); e, quando voluntárias, por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente (artigo 7º, parágrafo único, da Lei n. 10.216/2001).

A internação deve ser vista com muita cautela quando o paciente é criança ou adolescente, devendo-se enfatizar a importância de associar as abordagens social e psicoeducacional ao tratamento.

Assim, crianças e adolescentes internados devem ser incluídos em um processo de acompanhamento terapêutico contínuo, durante a internação e após a alta, abrangendo abordagens que considerem os aspectos médicos, psicológicos, sociais e educacionais.

Não bastasse, em regra, a medida de internação priva ou restringe o direito constitucional de convivência familiar e comunitária garantido constitucionalmente a crianças e adolescentes, contribuindo, muitas vezes, para aumentar a distância entre o paciente e sua família, ao invés de aproximá-los, como, em regra, é o ideal para o tratamento.

De qualquer modo, é cediço que o atendimento de crianças e adolescentes em dependência de drogas, inclusive em regime

de internação, deve ser prestado espontânea e prioritariamente pelos órgãos públicos responsáveis pelos setores de saúde e assistência social do município e caso necessário de outros municípios, conforme regionalização e pactuação, independentemente de ordem judicial ou mesmo da intervenção do Conselho Tutelar, devendo ser proporcionado ao paciente e suas famílias o tratamento adequado às suas necessidades específicas, conforme inteligência do artigo 100, *caput*, e parágrafo único, incisos VI, VII e VIII, da Lei n. 8069/1990.

Nesse diapasão, na ocasião da Primeira Reunião Ordinária dos Promotores de Justiça da Infância e Juventude do Ministério Público do Estado de Goiás, ocorrida no dia 04 de junho de 2012, concluiu-se que:

3. Quando houver relato de situações de urgência ou emergência relacionadas ao uso de drogas por criança, adolescente ou adulto, cabe ao Promotor de Justiça encaminhar oficialmente o(s) interessado(s) ao serviço público de urgência e emergência disponível (SAMU 192, Hospital, CAPS III, Posto de Saúde, Pronto-Socorro ou similares), requisitando a avaliação médica e/ou médica psiquiátrica, assim como os devidos atendimentos e acompanhamentos.

[...]

6. Em se tratando de criança ou adolescente em dependência de álcool ou outras drogas, havendo indicação médica e/ou médica psiquiátrica de internação ou tratamento ambulatorial, esgotadas todas as possibilidades de solução da questão sem intervenção judicial, excepcionalmente, pode o Promotor de Justiça requerer ao Juízo da Infância e Juventude a aplicação da medida protetiva cabível, dentre as previstas no artigo 101, incisos V e VI, do Estatuto da Criança e do Adolescente, observando os ditames da Lei n. 10.216/01.

As situações de emergência podem se manifestar na forma de quadros clínicos e psiquiátricos agudos, por vezes com risco iminente à vida ou à integridade física do paciente ou de terceiros, dentre outros.

Em síntese, nos termos do artigo 1º, da Resolução CFM n. 1451/1995:

- urgência: é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata;
- emergência: é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Da contenção física

A contenção física da criança, adolescente ou adulto para fins de atendimento pré-hospitalar ou na unidade de saúde mental é admitida, mediante indicação médica, em restritas situações de urgência ou emergência relacionadas ao uso de drogas (pacientes que se tornam agressivos ou colocam em risco a integridade física própria ou de terceiros, dentre outros), para viabilizar a avaliação médica e/ou médica psiquiátrica do paciente, assim como os devidos atendimentos e acompanhamentos.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), o Corpo de Bombeiros, as equipes de saúde da família, prontos-socorros, hospitais ou CAPS podem ser acionados para prestar esse serviço, sem acarretar desrespeito à dignidade do paciente, devendo, para tanto, ser capacitados.

A respeito do assunto, durante a Primeira Reunião Ordinária dos Promotores de Justiça da Infância e Juventude do Ministério Público do Estado de Goiás, ocorrida no dia 04 de junho de 2012, foram registradas as seguintes conclusões:

4. Caso o Município não disponha de serviço de atendimento pré hospitalar móvel destinado à abordagem do usuário em situações de urgência ou emergência, cabe ao Promotor de Justiça provocar a Secretaria Municipal de Saúde para providenciar o atendimento pelos profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência locais (profissionais das unidades de saúde da família, hospitais, prontos atendimentos ou similares), requisitando, se necessário, o auxílio de força policial.

É possível obrigar alguém a se submeter a um tratamento? Sob o ponto de vista jurídico, deve ser feita uma ponderação de valores constitucionais, na qual o direito à saúde e à vida, em regra, se sobrepõem ao direito de liberdade. Por outro lado, o Código de Ética Médica assegura ao paciente o direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar³². Entretanto, essa advertência não pode ser aplicada aos casos em que o paciente psiquiátrico não dispõe de clareza e autodeterminação, em flagrante estado de alteração de consciência. Sobre o tema, o Conselho Federal de Medicina (CFM), ao regular, por intermédio da Resolução n. 1.598, de 09 de agosto de 2000, o atendimento médico de pacientes com transtornos psiquiátricos, previu expressamente, em seu artigo 6º, que

nenhum tratamento deve ser administrado a paciente psiquiátrico sem o seu consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção desse consentimento, e em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas.

Acrescenta, em seu parágrafo único, que, "na impossibilidade de obter-se o consentimento esclarecido do paciente, e ressalvadas as condições previstas no *caput* deste artigo, deve-se buscar o consentimento de um responsável legal".

1. Da internação psiquiátrica voluntária (IPV)

Consoante disposto no artigo 6º da Lei 10.216/2001, a internação psiquiátrica voluntária se dá:

- mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos; e
- com o consentimento do paciente.

É importante destacar que apenas a vontade do paciente

³² Artigos 24 e 31 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.931, de 17 de setembro de 2009.

e sua família, dissociada da indicação médica, não justifica a internação hospitalar, visto que o tratamento, conforme o caso, pode ser realizado em serviços extra-hospitalares.

2. Da internação psiquiátrica involuntária (IPI)

Nos termos do artigo 6º da Lei Federal n. 10.216/2001, a internação psiquiátrica involuntária se dá:

- mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos;
- sem o consentimento do paciente; e
- a pedido de terceiro.

Tanto a internação psiquiátrica involuntária quanto a respectiva alta devem ser comunicadas ao Ministério Público para fins de controle, nos termos do artigo 8º, § 1º, da Lei Federal n. 10.216/2001. Para tanto, os estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde (SUS) deverão utilizar o formulário contido no Anexo da Portaria do Ministério da Saúde n. 2.391, de 26/12/2002.

A Resolução CFM n. 1.598, de 09/08/2000, em seu artigo 15, § 2º, define a internação psiquiátrica involuntária como a “realizada à margem da vontade do paciente, quando este não tem condições de consentir mas não se opõe ao procedimento”.

Todavia, a lei federal aplicável à matéria (Lei Federal n. 10.216/2001) fez menção expressa tão somente à ausência de consentimento do paciente.

No caso, buscar-se-á o consentimento do seu responsável legal, ou mesmo de terceiro, nos termos do referido Diploma Legal³³.

No entanto, é importante enfatizar que apenas a vontade do familiar, dissociada da indicação médica, não justifica a internação hospitalar, visto que o tratamento, conforme o caso, pode ser realizado em serviços extra-hospitalares.

³³ Segundo a Resolução CFM n. 1.598, 09/08/2000, em seu artigo 16, "nas internações involuntárias, o médico que realiza o procedimento faz constar do prontuário as razões da internação, bem como os motivos da ausência de consentimento do paciente - neste caso, deve buscar o consentimento de um responsável legal".

Na hipótese, o paciente permanece internado sempre em caráter transitório, pelo período correspondente ao tratamento da situação excepcional (artigo 6º, parágrafo único, inciso III, da Lei Federal n. 10.216/01).

A internação psiquiátrica na modalidade involuntária difere da internação psiquiátrica compulsória (IPC), uma vez que esta é determinada pela Justiça, após a verificação dos pressupostos fáticos para fundamentar o tratamento.

3. Da internação psiquiátrica compulsória (IPC)

A internação compulsória (IPC) é determinada pelo juiz competente, "de acordo com a legislação vigente", nos termos do artigo 9º, da Lei n. 10.216/2001.

Muito se discute a respeito das hipóteses nas quais se admite a internação compulsória, havendo vozes que sustentam seu cabimento apenas a título de medida de segurança, nos termos instituídos pelo Código Penal.

Outros admitem o uso da medida em casos extremos, quando configurado risco para a vida do paciente ou de terceiros, desde que não cabíveis as demais espécies de tratamento (inclusive IPV ou IPI).

De todo modo, não se pode perder de vista que, em regra, o atendimento e acompanhamento da pessoa em uso de substâncias psicoativas devem ser prestados espontaneamente pelos serviços e órgãos públicos, independentemente de intervenção judicial.

Enfim, qualquer que seja o posicionamento adotado, a internação compulsória é (e deve ser) vista como um recurso de exceção, necessitando sempre de indicação médica.

REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL

A Rede de Atenção Integral em Saúde Mental compreende os serviços³⁴ destinados a atender às pessoas com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool e outras drogas³⁵. Os Serviços de Atenção Básica, os CAPS e os Serviços de Urgência/Emergência são considerados como "portas de entrada" da rede, a partir dos quais deverá ocorrer a continuidade do cuidado nos serviços integrantes da rede que forem necessários, de modo a ser assegurada a integralidade da atenção à saúde³⁶.

A referida rede também abrange a denominada "Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)", definida pela Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde.

Para o atendimento específico de crianças e adolescentes em dependência de drogas, a rede conta com serviços específicos, tais como CAPS i, CAPS AD III, Unidades de Acolhimento Infantojuvenil, leitos hospitalares e enfermarias especializadas dentro das unidades de pediatria, dentre outros.

³⁴ De acordo com o Decreto Federal n. 7.508, de 28 de junho de 2011, "Rede de Atenção à Saúde" constitui um "conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde".

³⁵ Referências: ABP (2006); Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde (MS).

³⁶ Referência: Decreto Federal n. 7.508, de 28 de junho de 2011.

Dos componentes da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental

I. Serviços de Atenção Básica em Saúde:

- a) Unidades Básicas de Saúde:
 - Unidades e equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF);
 - Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF);
 - demais Unidades Básicas de Saúde.
- b) Equipes dos Consultórios na Rua.

II. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

III. Atenção em Urgência e Emergência:

- a) Serviço pré-hospitalar móvel (SAMU).
- b) Serviços de saúde de urgência/emergência:
 - hospitais com serviço de urgência/emergência;
 - prontos-socorros;
 - unidades de Pronto Atendimento - UPA 24 horas.

IV. Atenção hospitalar especializada:

- a) Enfermaria especializada em Hospital Geral.
- b) Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de drogas.
- c) Hospitais especializados.

V. Atenção Residencial de Caráter Transitório:

- a) Unidades de Acolhimento.
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial.

VI. Estratégias de desinstitucionalização:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos.
- b) Programa de Volta para Casa.

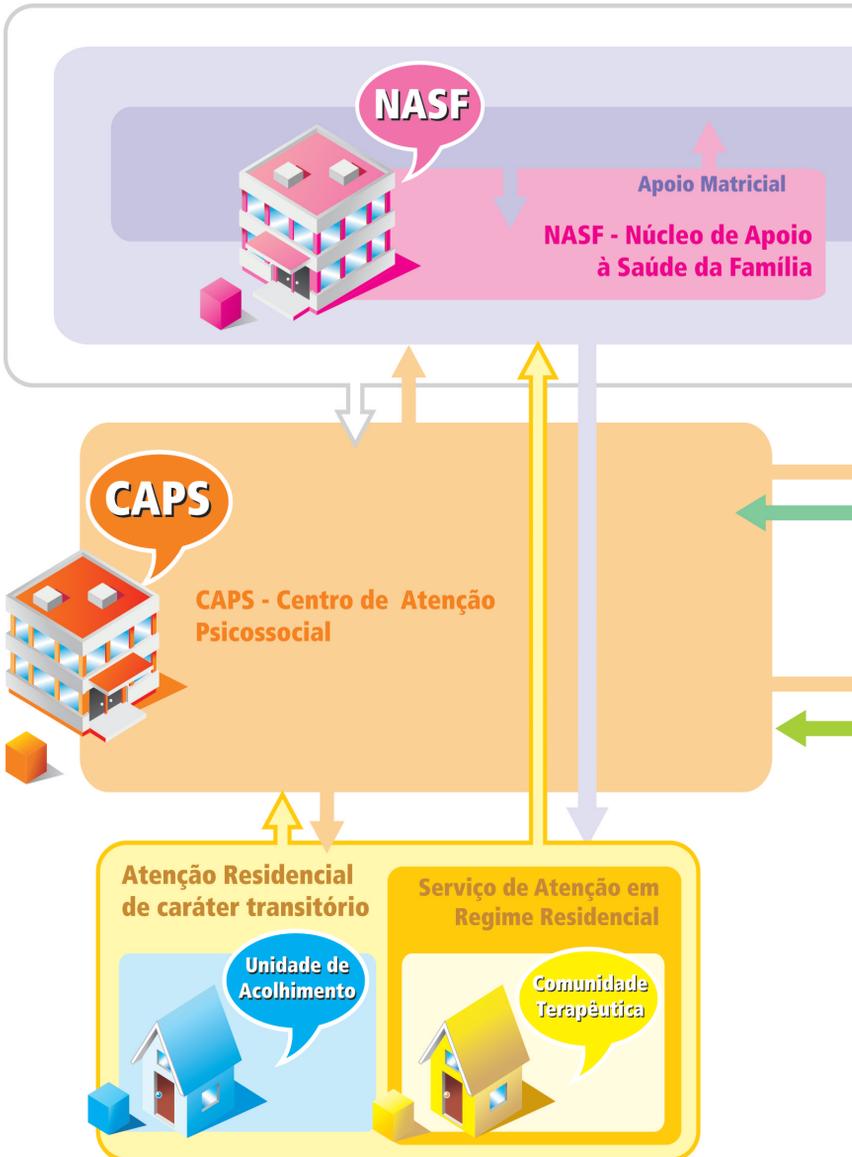
VII. Demais componentes:

- a) Reabilitação psicossocial.
- b) Programa Academia da Saúde.
- c) Centros de Convivência.
- d) Programa Saúde na Escola.

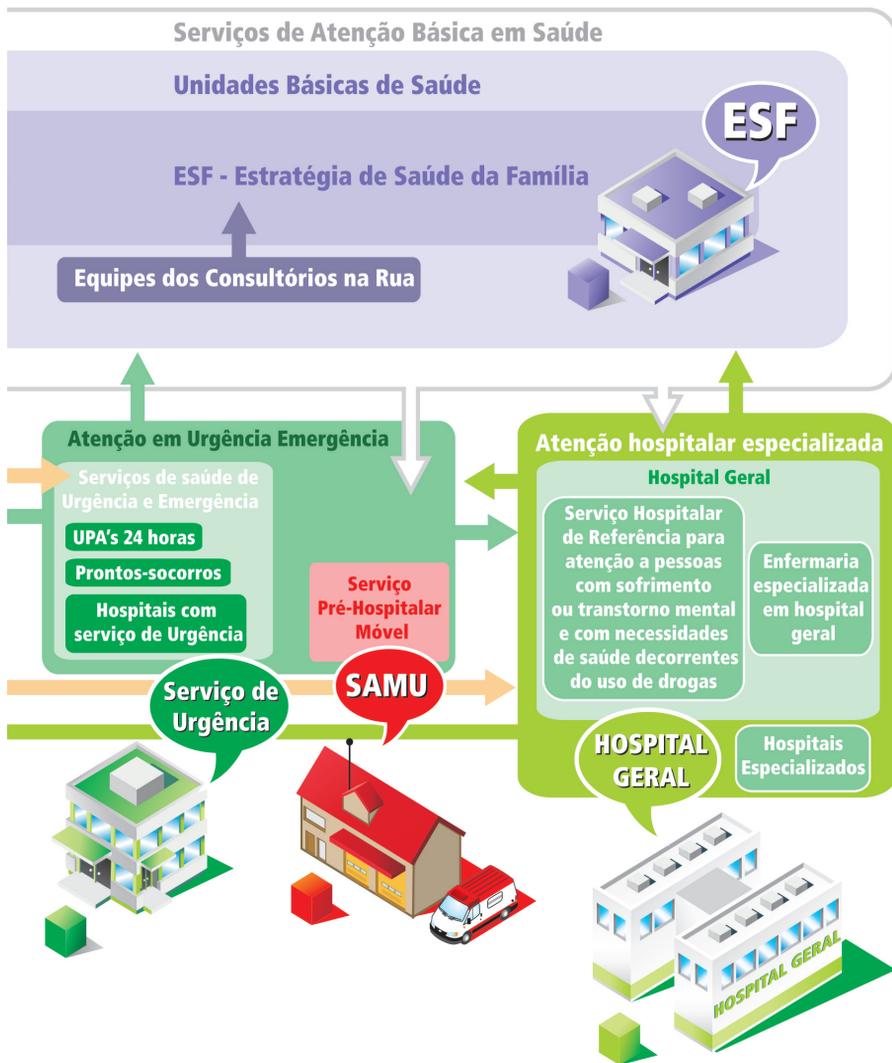
O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS E A ESTRUTURAÇÃO



FLUXOS DE INTERAÇÕES ENTRE OS COMPONENTES



DA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL



LEGENDA



MP-GO - Ministério Público do Estado de Goiás



NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família



SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



CAPS - Centro de Atenção Psicossocial



Hospital Geral com Enfermaria Especializada



ESF - Estratégia de Saúde da Família



Serviço de Urgência Emergência



Comunidade Terapêutica



Unidade de Acolhimento

Da possibilidade de regionalização dos serviços da rede

Diversos critérios devem ser considerados no planejamento da implementação e manutenção da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental dos municípios e regiões do Estado, como o perfil populacional, os dados epidemiológicos, a situação de saúde, as demandas das comunidades e a estrutura dos serviços de saúde existentes na localidade.

Os CAPS, as Unidades de Acolhimento, os componentes da atenção hospitalar, dentre outros, podem ser regionalizados, por intermédio de pactuações³⁷ entre os gestores de saúde nas Comissões Intergestoras (instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS), estabelecendo assim a organização e o funcionamento dos serviços de forma integrada nas redes de atenção à saúde, possibilitando a integralidade da assistência ao paciente em uso de substâncias psicoativas³⁸.

O Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, instituiu as chamadas regiões de saúde, consistentes em espaços geográficos contínuos, constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Em Goiás, são dezesseis regiões (vide Anexo III da cartilha).

Conforme o Decreto Federal n. 7.508, de 28 de junho de 2011, as regiões de saúde devem, no mínimo, apresentar ações

³⁷ "Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde." (artigo 2º, Inciso II, do Decreto n. 7.508/2011). Modelo disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coap_231211.pdf>.

³⁸ Referência: Decreto Federal n. 7.508, de 28 de junho de 2011.

e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde.

Desse modo, no sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde, a população dos municípios deve ter acesso à atenção básica na localidade, sendo então definidos fluxos de referenciamento na região de saúde nos casos de necessidade de atenção de média complexidade. Já o fluxo de referenciamento para serviços de maior complexidade tecnológica pode ocorrer no contexto de regiões ou macrorregiões de saúde (as quais abarcariam várias regiões)³⁹.

Da Rede de Atenção em Saúde Mental Infantojuvenil

É a rede de atenção em saúde mental destinada a crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou com problemas de saúde decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Deve funcionar sempre de forma integrada com os serviços das áreas da educação e assistência social, com vistas a proporcionar ao paciente e respectivas famílias o tratamento adequado às suas necessidades específicas, promovendo atenção integral à saúde, conforme inteligência do artigo 11, da Lei n. 8069/1990.

O atendimento de crianças ou adolescentes em dependência de drogas e suas famílias deve ser prestado espontânea e prioritariamente pelos serviços e órgãos públicos das mencionadas áreas do município e caso necessário de outros municípios, conforme regionalização e pactuação, independentemente de ordem judicial ou mesmo da intervenção do Conselho Tutelar.

1. Atenção Básica em Saúde

Nos termos da Portaria n. 2.488/2011, do Ministério da Saúde,

³⁹ Referências: Brasil (2006, 2007, 2009b).

a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Os serviços de atenção básica em saúde são uma das portas de entrada da rede, juntamente com os CAPS e os serviços de urgência/emergência.

Compreende a unidade básica de saúde, os núcleos de apoio à saúde da família e os consultórios na rua.

1.1. Unidade Básica de Saúde:

Consoante disposto no artigo 6º, I, "a", da Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, a Unidade Básica de Saúde (UBS)

é um serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Abrange as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A Estratégia de Saúde da Família, antes chamada de Programa Saúde da Família (PSF), visa a alteração do modelo assistencial em que a atenção à saúde se restringe aos atendimentos emergenciais, realizados muitas vezes em grandes hospitais. O indivíduo e a família se tornam os focos da atenção à saúde, havendo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, não se restringindo ao olhar sobre a doença em si, mas compreendendo o indivíduo em sua totalidade, realizando ações de promoção da saúde e educação em saúde, de prevenção

de agravos e de tratamento, recuperação e reabilitação de doenças, a partir da formação de vínculo com os pacientes e suas famílias⁴⁰.

Em suma, as unidades de Estratégia de Saúde da Família se tornam articuladoras na Rede de Atenção em Saúde Mental, juntamente com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Já os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs)⁴¹ são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes de Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas, etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Os NASFs devem realizar apoio matricial às equipes da Estratégia de Saúde da Família, havendo uma corresponsabilização entre as equipes (ESF e NASF), o que propicia maior resolutividade, modificando a compreensão tradicional de encaminhamento por meio de referência e contrarreferência, visto que, no apoio matricial, ao ser avaliado pela equipe do NASF, o paciente não deixa de ser acompanhado pela equipe da ESF, ocorrendo um cuidado longitudinal⁴².

Contudo, diferentemente das unidades de ESF e dos CAPS, os NASFs não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo, pois realizam apoio matricial e estão vinculados ao processo de trabalho das equipes de atenção básica, conforme as necessidades por estas identificadas no acompanhamento de saúde das pessoas da comunidade.

Ademais, devido à proximidade entre a equipe de ESF e a comunidade de seu território de abrangência, a Unidade de Estratégia de Saúde da Família muitas vezes é o primeiro contato da criança e do adolescente apresentando dependência de substâncias psicoativas com a Rede de Atenção em Saúde Mental. Assim, quando as Unidades Básicas de Saúde não conseguem intervir adequadamente e ser resolutivas, como nos casos graves

⁴⁰ Referências: Brasil (2011a); Figueiredo (2012); Reis *et al.* (2012).

⁴¹ Vide Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008 e Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, ambas do Ministério da Saúde.

⁴² Referência: Favaro (2011).

e complexos, os NASFs e os CAPS realizam o apoio matricial às equipes de ESF, compartilhando a responsabilidade. É essencial haver integração e articulação constantes entre as equipes de ESF, os NASFs e os CAPS da região, realizando acolhimento apropriado da pessoa nos serviços de saúde, estabelecendo vínculos e elaborando projetos terapêuticos singulares de modo compartilhado⁴³.

1.2. Núcleos de Apoio à Saúde da Família:

Consoante disposto na Portaria n. 2.488/2011, do Ministério da Saúde,

os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. [...] São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc.

Há duas modalidades de NASF's, nos termos da Portaria n. 2.488/2011:

- NASF 1: composto por no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes. Suas atividades devem estar vinculadas a, no mínimo, oito Equipes de Saúde da Família e, no máximo, quinze;
- NASF 2: composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes. Suas atividades devem estar vinculadas a, no mínimo, três Equipes de Saúde da Família e, no máximo, sete.

Poderão compor os NASF 1 e 2 profissionais das seguintes especialidades: psicólogo, médico psiquiatra, médico acupunturista,

⁴³Referências: BRASIL (2011b); CAMPOS e GAMA (2008); FAVARO (2011); OMS (2008).

assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria⁴⁴.

A composição dos NASF deverá ser estabelecida pelos gestores municipais conforme as necessidades da comunidade local. A Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde (artigo 4º, inciso IV, § 2º) (revogada pela Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011), estabelecia que, "tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental".

1.3. Equipes dos Consultórios na Rua⁴⁵:

É uma modalidade de equipe de atenção básica, definida pelo artigo 6º, I, "b", da Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, como:

constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para: 1) pessoas em situação de rua em geral; 2) pessoas com transtornos mentais; 3) usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros.⁴⁶

⁴⁴ Referência: Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde.

⁴⁵ Conferir em: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS*. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, setembro 2010. 48p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consult_ua17_1_11.pdf.

⁴⁶ A Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2012, define as diretrizes de organização

Os Consultórios na Rua são dispositivos que procuram propiciar cuidados em saúde às pessoas em seus próprios contextos atuais de vida, adaptados para as especificidades da população em situação de rua, que tem mais dificuldade de aderir ao modelo tradicional dos serviços da rede⁴⁷.

Conta com equipes volantes multidisciplinares, podendo ser compostas pelos seguintes profissionais: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico/auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal⁴⁸.

2. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

São estabelecimentos extra-hospitalares para o acompanhamento e tratamento de pessoas com transtornos mentais, cuja sintomatologia, severidade e/ou persistência do quadro psicopatológico justifiquem sua permanência em cuidado contínuo, comunitário, interdisciplinar e multiprofissional, promovendo sua reinserção social, sua autonomia e seu protagonismo no tratamento/acompanhamento, sendo construídos projetos terapêuticos singulares e individuais⁴⁹.

Desse modo, os CAPS não podem se restringir à atuação no interior das estruturas físicas dos estabelecimentos de saúde, mas devem ampliar suas ações no sentido de criação e manutenção de relações e interlocuções com as redes de suporte social, valorizando a pessoa em sua singularidade e considerando os aspectos culturais e sociais que permeiam seu cotidiano e sua história⁵⁰.

Em regra, os CAPS podem realizar atendimento contínuo em regime ambulatorial, de atenção diária, propiciando a manutenção de vínculos familiares e comunitários, sendo o

e funcionamento das equipes de Consultório na Rua; e a Portaria n. 123, de 25 de janeiro de 2012, define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por município, ambas do Ministério da Saúde.

⁴⁷ Referência: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Consultórios de Rua do SUS*. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consult_ua17_1_11.pdf>.

⁴⁸ Referência: Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde.

⁴⁹ Referência: Brasil (2004a).

⁵⁰ Referência: Brasil (2004a).

acolhimento noturno realizado nos CAPS III e CAPS AD III.

As atividades desenvolvidas pelos CAPS incluem (conforme artigo 4º, da Portaria MS n. 336/2002): atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade, sua inserção familiar e social; e refeições diárias.

O acompanhamento de crianças e adolescentes pelos CAPS deve ser feito, preferencialmente, quando houver prévia avaliação de profissionais de saúde (da atenção básica, por exemplo) indicando essa necessidade, mas não necessariamente, visto que os CAPS também funcionam como "porta de entrada" na rede.

Há cinco modalidades de CAPS, de acordo com a demanda, o porte e a abrangência populacional dos municípios, conforme definido pela Portaria n. 336/2002, do Ministério da Saúde, que dispõe também sobre a equipe mínima em cada modalidade (exceto quanto ao CAPS AD III, regulado pela Portaria MS n. 130, de 26 de janeiro de 2012).

2.1. CAPS I: Atendimento das 8h às 18h.

2.2. CAPS II: Atendimento das 8h às 18h, podendo comportar um terceiro turno até as 21h.

2.3. CAPS III: Atendimento 24h, com acolhimento limitado a até 7 dias corridos ou 10 intercalados em um período de 30 dias.

2.4. CAPS i (infantojuvenil): Atendimento das 8h às 18h, podendo comportar um terceiro turno até as 21h.

2.5. CAPS AD (álcool e drogas):

- CAPS AD II: atendimento das 8h às 18h, podendo comportar um terceiro turno até as 21h;

- CAPS AD III: funciona 24h, todos os dias da semana, com acolhimento noturno (no mínimo 8 leitos e no máximo 12), realizando atenção contínua às pessoas com necessidades de saúde relacionadas ao uso de drogas psicoativas, incluindo atendimentos

individuais, atividades de reabilitação psicossocial, intervenções em situações de crise, como recaída e abstinência, e/ou de desintoxicação. Nos termos do artigo 6º, inciso X, § 1º, da Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012, "a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno do CAPS AD III fica limitada a 14 (catorze) dias, no período de 30 (trinta) dias." Caso necessária permanência superior a 14 (catorze) dias, o paciente deve ser encaminhado a uma Unidade de Acolhimento, conforme redação do § 2º.

O Ministério da Saúde⁵¹ não definiu, de forma clara, qual CAPS possui atribuição exclusiva para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais decorrentes do uso de drogas psicoativas, atribuindo a referida responsabilidade tanto aos CAPS AD, quanto aos CAPS i, conforme disposto no artigo 7º (§4º, IV a VI) da Portaria n. 3.088, de 23/12/2011.

Em suma, os CAPS i são especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Já os CAPS AD recebem crianças, adolescentes e adultos com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Dessarte, o referido atendimento pode ser efetivado por qualquer dos dois serviços em tela, sendo ideal que cada município defina o fluxo mais adequado às necessidades da população. No entanto, conforme a Portaria n. 3.088/2011, inclusive os CAPS I têm responsabilidade em relação ao atendimento também de crianças e adolescentes (artigo 7º, § 4º, I).

O perfil populacional dos municípios é um dos critérios para a definição dos tipos de Centros de Atenção Psicossocial a serem implantados no município, todavia, referidos serviços podem ser regionalizados.

CRITÉRIO POPULACIONAL PARA IMPLANTAÇÃO DOS CAPS (Diretrizes do Ministério da Saúde)			
Município com até 20 mil habitantes	Município com 20 mil a 70 mil habitantes	Município com 70 mil a 200 mil habitantes	Município com mais de 200 mil habitantes
-	CAPS I	CAPS II e CAPS AD	CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPS i
Rede Básica com ações de saúde mental			

⁵¹ É importante ressaltar que as normatizações realizadas pelo Ministério da Saúde, por meio das portarias, podem ser constantemente alteradas ou complementadas.

Após aprovação do projeto de implantação do CAPS pelo Ministério da Saúde, o órgão repassa ao Município parcela única de incentivo para a concretização do serviço, com critérios pré-definidos sobre sua aplicação. Os valores do incentivo estão definidos no artigo 2º da Portaria MS n. 245, de 17 de fevereiro de 2005 e, quanto ao CAPS AD III, no artigo 12 da Portaria MS n. 130, de 26 de janeiro de 2012.

Visando a manutenção dos CAPS, com acesso integral às ações de saúde mental, o Ministério da Saúde instituiu, em dezembro de 2011, repasses financeiros mensais, conforme os valores estipulados no artigo 1º da Portaria n. 3.089/11.

Para iniciar o funcionamento do CAPS, o gestor municipal pode solicitar o incentivo antecipado do Ministério da Saúde. Após um período de 2 ou 3 meses, o Município deve encaminhar relatório ao Ministério da Saúde sobre o funcionamento e o valor de manutenção da unidade. Se aprovado pelo Ministério da Saúde, o município passa a receber valor mensal de custeio do CAPS, para pagamento de aluguel, pessoal, dentre outros.

Esse repasse não está vinculado à existência de Conselho Municipal Antidrogas, haja vista que os CAPS não se restringem ao atendimento de pacientes em dependência de substâncias psicoativas.

3. Atenção em Urgência e Emergência

Nos termos do artigo 1º, da Resolução CFM n. 1451/1995:

- urgência: é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata;
- emergência: é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

A atenção em urgência e emergência abrange os seguintes serviços:

- 3.1. Serviço pré-hospitalar móvel: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 (atendimento de urgências e emergências psiquiátricas/clínicas);
- 3.2. Serviços de saúde que tenham possibilidade de realizar atendimentos de urgência/emergência: prontos-socorros, hospitais, Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h, etc.

4. Atenção Hospitalar Especializada

A atenção hospitalar especializada compreende o serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de drogas, as enfermarias especializadas em Hospital Geral e, excepcionalmente, os hospitais psiquiátricos especializados.

Os leitos da Atenção Hospitalar Especializada servem como suporte hospitalar para situações de urgência e emergência relacionadas a transtornos mentais e/ou decorrentes do uso indevido de drogas psicoativas, em situação de crise (tais como: transtornos com sintomas psicóticos agudos, síndrome de abstinência alcoólica, intoxicação aguda por drogas psicoativas), por curto período, visando à estabilização e/ou desintoxicação dos pacientes, até que tenham possibilidade de atendimento pelo CAPS ou outros serviços compatíveis. Os leitos são distribuídos em hospitais gerais e, excepcionalmente, em hospitais psiquiátricos.

O público-alvo do referido serviço é composto por pacientes com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de drogas psicoativas, somente quando os recursos extra-hospitalares e de urgência/emergência se mostrarem insuficientes ao tratamento e apresentarem indicação médica de internação nestes leitos (conforme artigo 4º, da Lei n. 10.216/2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica).

O Ministério Público Estadual deve ser oficialmente comunicado das internações involuntárias em momento posterior à sua efetivação, no prazo de setenta e duas horas, bem como das respectivas altas, nos termos do artigo 8º, § 1º, da Lei n. 10.216/2001.

Para atendimento de crianças e adolescentes, o ideal é que os leitos psiquiátricos sejam situados preferencialmente dentro

das unidades de pediatria dos hospitais gerais. Em caso de necessidade, devem ser acolhidos nos leitos disponíveis (mesmo que não existam no território leitos pediátricos), ratificando a premissa de que detêm primazia para receber proteção e socorro. Efetuada a internação hospitalar, o direito a acompanhante deve ser garantido (artigo 12, do ECA), inclusive quando se tratar de adolescentes em cumprimento de medida privativa de liberdade.

4.1. Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de drogas

É um ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, regulado pela Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, com alterações pela Portaria n. 1.615, de 26 de julho de 2012.

Nos termos do artigo 2º, incisos IV e VI, da Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, o referido serviço oferece suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do uso indevido ou abstinência de álcool, crack e outras drogas psicoativas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica, funcionando em regime integral, durante 24 (vinte e quatro) horas, 7 (sete) dias por semana, inclusive feriados, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

Conforme a Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde (artigo 8º, parágrafo único), este Serviço Hospitalar de Referência deve ser implantado em Hospitais Gerais, preferencialmente os de natureza pública ou filantrópica.

Nos termos do artigo 6º, do referido diploma, nos hospitais gerais em que for implantado o Serviço Hospitalar de Referência, este deverá observar os seguintes parâmetros:

I - no caso de até 10 (dez) leitos implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas poderá funcionar em:

a) leitos de clínica médica qualificados para o atendimento destinado a pessoas adultas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; ou

b) leitos de pediatria qualificados para o atendimento destinado a crianças e adolescentes em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas;

II - no caso de mais de 10 (dez) leitos implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas funcionará em enfermaria especializada destinada ao atendimento de pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Parágrafo único. Os leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas destinados ao atendimento de crianças e adolescentes deverão estar sempre localizados em espaço próprio, resguardando-se o direito à permanência de acompanhante em tempo integral.

É comum que os Hospitais Gerais não disponham de leitos suficientes para atendimento da demanda ou não possuam ala separada para internação de adolescentes, sendo tais problemas passíveis de medidas extrajudiciais ou judiciais para sua regularização.

4.2. Enfermaria especializada em Hospital Geral

A enfermaria especializada em hospital geral funciona em caráter de internação, conforme avaliação e indicação médica, compreendendo leitos especificamente para tratamento de pacientes com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de drogas psicoativas. A existência destes leitos, em substituição aos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, vai ao encontro das propostas de desinstitucionalização e tem a vantagem de o paciente poder ser atendido de modo integral, incluindo a

atenção a agravos físicos decorrentes do uso de drogas, não se restringindo à atenção psiquiátrica.

Nos termos do artigo 6º, da Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, quando houver, em um hospital geral, mais de dez leitos relativos ao serviço hospitalar de referência para atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, o serviço deve funcionar no âmbito de uma enfermaria especializada, neste caso especificamente para pacientes com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso indevido de drogas psicoativas.

Para atendimento de crianças e adolescentes, o ideal é que as enfermarias e leitos psiquiátricos sejam situados preferencialmente dentro das unidades de pediatria dos hospitais gerais.

4.3. Hospitais especializados

Os hospitais psiquiátricos são estabelecimentos especializados no tratamento de pacientes com transtornos mentais, em regime de internação.

A partir da Reforma Psiquiátrica, que no Brasil teve como marco legal a Lei n. 10.216/2001, a tendência que vem se consolidando é a gradual redução dos leitos nessas instituições, o fechamento de grandes hospitais psiquiátricos, bem como o aumento da oferta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, além da implantação da rede de atenção integral em saúde mental, objetivando a reinserção social dos pacientes. Conforme disposto na Portaria do Ministério da Saúde n. 3.088/2011, em seu artigo 11, § 2º,

o hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

5. Atenção Residencial de Caráter Transitório

5.1. Unidade de Acolhimento Transitório

Instituída em virtude da necessidade de ampliação e diversificação dos serviços da rede de atenção à saúde para a prevenção e o tratamento dos problemas de saúde relacionados ao uso indevido de substâncias psicoativas, a unidade de acolhimento transitório é um dos pontos da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, oferecendo

cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses. (conforme artigo 9º, inciso I, da Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011)

5.1.1. Unidade de Acolhimento Transitório Infantojuvenil

Quando especificamente destinada ao atendimento de crianças e adolescentes, a unidade de acolhimento transitório é classificada como infantojuvenil.

A unidade de acolhimento transitório infantojuvenil tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para crianças e adolescentes, com idade entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, apresentando problemas decorrentes do uso de drogas psicoativas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo⁵².

Referida unidade deverá garantir os direitos de moradia, educação, convivência familiar e comunitária a crianças e adolescentes⁵³.

⁵² Referência: Portaria MS n. 121, de 25 de janeiro de 2012 (art. 2º, § 1º).

⁵³ Referência: Portaria MS n. 121, de 25 de janeiro de 2012 (art. 2º, §2º).

Esse serviço deve funcionar de forma interligada com os demais serviços de atenção em saúde mental de crianças e adolescentes e receberá os encaminhamentos definidos exclusivamente pela equipe do CAPS⁵⁴.

O mencionado serviço funciona 24h e, quando destinado ao público infantojuvenil, deve possuir disponibilidade de 10 (dez) vagas⁵⁵ para atendimento de crianças e adolescentes⁵⁶.

Para cada criança ou adolescente acolhido deve ser formulado um projeto terapêutico singular com a participação do CAPS de referência, devendo conter as ações a serem desenvolvidas e o tempo de permanência na Unidade, cujo caráter residencial é transitório (Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012).

A unidade de acolhimento poderá ser constituída pelos Estados, Municípios e Distrito Federal, de forma local ou regionalizada, como unidade pública ou em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos⁵⁷, atendidas as exigências estabelecidas na Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde.

Para implantar uma unidade de acolhimento, o gestor de saúde deverá encaminhar ao Ministério da Saúde os documentos previstos no artigo 12 da Portaria MS n. 121, de 25 de janeiro de 2012.

5.2. Serviços de Atenção em Regime Residencial

São os serviços de saúde de atenção residencial transitória que oferecem cuidados para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, nos termos do artigo 1º, § 1º, da Portaria MS n. 131, de 26 de janeiro de 2012.

Consoante disposto no artigo 13, da referida portaria, o ingresso de residentes no serviço em tela é condicionado ao consentimento

⁵⁴ Referências: Portaria MS n. 121, de 25 de janeiro de 2012 (art. 3º) e Portaria MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (art. 9º, § 1º).

⁵⁵ Referência: Portaria MS n. 121, de 25 de janeiro de 2012 (art. 4º, § 2º).

⁵⁶ As demais unidades de acolhimento destinam-se a atender adultos e jovens a partir de 18 (dezoito) anos e possuem de 10 (dez) a 15 (quinze) vagas [Portaria MS n. 121, de 25 de janeiro de 2012 (art. 4º, §1º)].

⁵⁷ Referência: Portaria MS n. 121, de 25 de janeiro de 2012 (art. 5º).

expresso do indivíduo e depende de avaliação e indicação prévias pelo CAPS de referência.

Para cada pessoa residente será elaborado um projeto terapêutico singular, permanecendo o CAPS de referência responsável pela gestão do referido projeto durante todo o período de permanência na entidade prestadora do serviço (artigos 15 e 16, da Portaria n. 131, de 26 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde), assim como pela indicação e avaliação prévia para ingresso de residentes no serviço, podendo também a equipe de Atenção Básica indicar a entrada de um novo residente, em avaliação conjunta com o CAPS de referência (conforme artigo 13, da referida Portaria).

A saída da pessoa residente será programada pelas equipes técnicas do serviço de atenção em regime residencial e do CAPS de referência, sendo o período máximo de permanência de seis meses, havendo a possibilidade de prorrogação por mais três meses, conforme necessidade justificada pelas equipes do serviço e do CAPS (artigo 6º, inciso VIII, da Portaria n. 131, de 26 de janeiro de 2012). Todavia, toda pessoa residente é livre para interromper a qualquer momento a sua permanência, devendo ser previamente informada das consequências clínicas de sua saída antecipada (artigo 21, da Portaria n. 131, de 26 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde).

Observa-se que a referida Portaria não estabelece Serviços de Atenção em Regime Residencial específicos para crianças e adolescentes. No entanto, seria importante que também existissem esses tipos de serviços específicos para crianças e adolescentes que tivessem indicação médica e de equipe multiprofissional de saúde para a sua utilização, considerando as particularidades das fases da infância e adolescência.

5.2.1. Comunidades Terapêuticas⁵⁸

As Comunidades Terapêuticas são entendidas como espécie

⁵⁸ Conferir texto divulgado pelo Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11420&rastr=TRATAMENTO%2FModelos/Comunidade+Terap%C3%AAutica.

do gênero Serviços de Atenção em Regime Residencial, aplicando-se a elas todas as disposições e todos os efeitos da Portaria n. 131, de 26 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde.

Não integram necessariamente a rede pública de saúde⁵⁹, constituindo serviços de atenção complementar a pessoas com transtornos decorrentes do uso indevido e dependência de substâncias psicoativas, em regime de residência e com adesão voluntária⁶⁰.

Não constituem sistema hospitalar nem ambulatorial, mas atendimento intermediário e de baixa complexidade, apresentando como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares, oferecendo apoio no processo de recuperação, propiciando resgate da cidadania, reabilitação física e psicológica e reinserção social. Devem oferecer um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, com suporte ao tratamento mediante programa terapêutico definido para cada pessoa⁶¹.

O ideal é que existam comunidades terapêuticas especializadas no atendimento de crianças e adolescentes, com programa terapêutico que considere sua situação como pessoas em estágio de desenvolvimento.

O público-alvo das comunidades terapêuticas é composto principalmente por pessoas com sintomas decorrentes do uso indevido de drogas encaminhadas pela equipe de saúde mental. O encaminhamento deve ser feito somente por profissionais da saúde, por meio de avaliação especializada (feita na atenção básica, em CAPS ou CAPS AD), quando se entender que o uso da rede de atenção básica e CAPS for insuficiente ao atendimento do caso.

⁵⁹ O Governo Federal determinou, no dia 22 de junho de 2012, a constituição de um grupo de trabalho para preparar a legislação para inclusão das comunidades terapêuticas na rede pública de saúde, conforme notícia veiculada no blog do Planalto. Disponível em: <http://blog.planalto.gov.br/comunidades-terapeuticas-integracao-rede-publica-para-tratar-dependentes-quimicos/>.

⁶⁰ Referência: Resolução da ANVISA RDC n. 101, de 30 de maio de 2001; Resolução da ANVISA RDC n. 29, de 30 de junho de 2011.

⁶¹ Referências: CONSELHO ESTADUAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS - CONED-SP. *Manual de Orientação para Instalação e Funcionamento das Comunidades Terapêuticas no Estado de São Paulo*. Disponível em: http://www.justica.sp.gov.br/downloads/man_CONED.pdf; Resolução da ANVISA RDC n. 101, de 30 de maio de 2001. Resolução da ANVISA RDC n. 29, de 30 de junho de 2011.

Em regra, as comunidades terapêuticas são geridas por ONGs e apresentam disponibilidade de vagas por meio de convênios com os municípios.

Cabe ao Ministério Público fiscalizar a situação das comunidades terapêuticas, que devem atender aos parâmetros definidos pela Resolução - RDC n. 29, de 30 de junho de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e pela Portaria MS n. 131, de 26 de janeiro de 2012.

6. Estratégias de Desinstitucionalização

6.1. Serviço Residencial Terapêutico (SRT)⁶²

São residências localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de:

- pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam os vínculos familiares e sociais;
- moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS⁶³.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) (ou Residência Terapêutica) deve apresentar suporte profissional compatível às demandas e necessidades de cada uma das pessoas residentes, devendo estar vinculado à rede pública de saúde, com acompanhamento por equipe multiprofissional (do CAPS ou da Atenção Básica)⁶⁴.

O SRT não se confunde com a Unidade de Acolhimento Transitório. Aquele é modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada (não necessariamente relacionada a transtornos mentais decorrentes do uso de drogas). Já a Unidade de Acolhimento destina-se a pessoas com transtornos

⁶² Conferir documento *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>.

⁶³ Referências: Portaria MS n. 3.090, de 23 de dezembro de 2011; Brasil (2004b).

⁶⁴ Referências: Portaria MS n. 3.090, de 23 de dezembro de 2011; Brasil (2004b).

decorrentes do uso de drogas e tem caráter transitório.

O procedimento para implantação do SRT está previsto na Portaria n. 3.090, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde.

Nos termos do artigo 2º da Portaria n. 3.090/2011, há dois tipos de residência terapêutica, definidos conforme as necessidades específicas de cuidado do morador:

- Tipo I: moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores;
- Tipo II: moradias destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores.

Observa-se que a referida portaria não fala de residências terapêuticas especializadas no atendimento de adolescentes. No entanto, para determinados adolescentes e jovens com acentuado nível de dependência devido a condições físicas e/ou mentais graves, que necessitem de cuidadores em período integral e não tenham suporte familiar, as residências terapêuticas específicas para a fase da adolescência podem ser necessárias, conforme indicação médica e de equipe multiprofissional de saúde.

6.2. Programa de Volta para Casa⁶⁵

O Programa de Volta para Casa (PVC) objetiva garantir assistência, acompanhamento e integração social, fora das unidades hospitalares, de pessoas que apresentam transtornos mentais com histórico de internação psiquiátrica de longa duração, em atendimento ao disposto no artigo 5º da Lei 10.216/2001, que determina que tais pacientes sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida⁶⁶.

⁶⁵ Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20500.

⁶⁶ Referência: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa De Volta para Casa: liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental*. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf.

Instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, e coordenado pelo Ministério da Saúde, esse programa inclui o auxílio-reabilitação psicossocial, pago ao próprio beneficiário durante um ano, podendo ser renovado, caso necessário (conforme artigo 2º da Lei 10.708/2003).

Podem ser beneficiários do programa De Volta Para Casa pessoas com transtorno mental que tenham passado dois ou mais anos internadas, ininterruptamente, em instituições psiquiátricas, e que não apresentam situação clínica/social que justifique a permanência em internação hospitalar, e também aquelas que moram em Residência Terapêutica, ou as egressas de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico pelo mesmo período, conforme decisão judicial, devendo ser garantida a atenção continuada em saúde mental (conforme artigo 3º da Lei 10.708/2003).

As orientações para implantação do referido programa estão previstas na Portaria n. 2.077/GM, de 31 de outubro de 2003, do Ministério da Saúde.

7. Demais componentes

7.1. Reabilitação psicossocial: compreende iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais que auxiliem na reinserção social e ampliação da autonomia⁶⁷.

7.2. Programa Academia da Saúde: tem por objetivo contribuir para a promoção da saúde da população por meio de implantação e manutenção de polos com infraestrutura, equipamentos e pessoal qualificado para orientar a realização de práticas corporais, atividades físicas e de lazer, além de modos de vida saudáveis (conforme artigo 2º da Portaria MS n. 719, de 07 de abril de 2011). As atividades do programa devem ser realizadas por profissionais apropriados da Atenção Básica em Saúde, especialmente pelos

⁶⁷ Referência: Portaria MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (art. 12).

que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (conforme artigo 7º da Portaria MS n. 719, de 07 de abril de 2011), que devem trabalhar de modo integrado e apoiar as equipes das Academias da Saúde (nos termos da Portaria MS n. 2.488, de 21 de outubro de 2011). Esse serviço pode ajudar na prevenção e na reinserção social de pacientes com transtornos decorrentes do uso indevido de drogas.

7.3. Centros de Convivência: são dispositivos públicos componentes da rede de atenção básica em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas apresentando transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção, na relação com a comunidade, a cidade e os aspectos culturais, sendo esses espaços considerados estratégicos na promoção da inclusão social⁶⁸.

7.4. Programa Saúde na Escola (PSE): instituído pelo Decreto Federal n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, é uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de realizar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e atenção à saúde de alunos do ensino básico público, no espaço das escolas e das unidades básicas de saúde, efetuadas pelas equipes de saúde da atenção básica e de educação de modo integrado⁶⁹.

⁶⁸ Referência: Portaria MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

⁶⁹ Referências: Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde; Decreto Federal n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007.

ATUAÇÃO DO PROMOTOR DE JUSTIÇA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE

Na forma do artigo 227, *caput*, da Constituição Federal, é dever do Estado, por intermédio dos mais diversos setores da administração, destinar a crianças e adolescentes absoluta prioridade de atendimento, de modo a proporcionar-lhes o efetivo e integral exercício de seus direitos fundamentais, dentre os quais se inclui o direito à saúde.

O artigo 4º, do Estatuto da Criança e do Adolescente, definiu que a garantia de prioridade absoluta importa em primazia de proteção e socorro, precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública, preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas e destinação privilegiada de recursos nas áreas relacionadas com a proteção da infância e juventude, o que abrange ações, serviços e programas públicos de saúde.

Em complemento, o artigo 227, § 3º, inciso VII, da Constituição Federal, dispõe de maneira expressa que o direito à proteção especial compreende, dentre outras, a implementação de “programas de prevenção e atendimento especializado à criança ou adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins”.

Por sua vez, o artigo 196, da Constituição Federal, exaustivamente repetido na legislação infraconstitucional, especialmente nas Leis Orgânicas da Saúde e da Seguridade Social, determina que a saúde, direito de todos, “é dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção,

proteção e recuperação”.

Especificamente na área da infância e juventude, o artigo 101, inciso VI, da Lei n. 8.069/1990, relaciona como medida de proteção aplicável a crianças e adolescentes em situação de risco a “inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos”, que pode ocorrer em regime ambulatorial ou hospitalar (artigo 101, inciso V, ECA).

Pois bem, é cediço que o uso de drogas ocasiona danos à saúde de crianças e adolescentes, aumenta o risco de violação de seus direitos fundamentais e, dentre outros, pode levar à exploração sexual, à exploração do trabalho, ao aliciamento para a prática de atos infracionais, ao rompimento dos vínculos familiares e à evasão escolar.

Ocorre que, no afã de se minimizar esses danos, frequentemente, crianças e adolescentes em uso de substâncias psicoativas têm sido encaminhados para internação e tratamento em municípios distantes de seus domicílios, prejudicando inclusive o pleno exercício do direito fundamental à convivência familiar e comunitária.

Apesar de a municipalização da política de atendimento à população infantojuvenil ser uma das diretrizes da Lei n. 8.069/1990, na quase totalidade dos municípios goianos os serviços da rede pública de saúde mental específicos para o atendimento de crianças e adolescentes em uso de álcool e outras drogas são inexistentes ou insuficientes.

Nesse contexto, comumente surgem demandas por internações psiquiátricas de crianças e adolescentes que poderiam ser evitadas, tendo em conta que essa modalidade extrema de tratamento somente será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e conforme indicação médica, a teor do disposto na Lei n. 10.216/2001.

Outrossim, o atendimento de crianças e adolescentes apresentando transtornos mentais e outros problemas de saúde relacionados ao uso de substâncias psicoativas deve ser prestado espontânea e prioritariamente pelos órgãos públicos responsáveis pelos setores de saúde, educação e assistência social do município e caso necessário de outros municípios, conforme regionalização e pactuação, independentemente de ordem

judicial ou mesmo da intervenção do Conselho Tutelar⁷⁰, devendo ser proporcionado ao paciente e suas famílias o tratamento adequado às suas necessidades específicas, conforme inteligência do artigo 100, *caput*, e parágrafo único, incisos VI, VII e VIII, da Lei n. 8069/1990.

Dessarte, é imperiosa a implementação/adequação dos programas municipais de atendimento a crianças e adolescentes em uso de drogas e suas famílias, com previsão de acompanhamento médico, social e psicopedagógico, a partir de ações integradas do Conselho Municipal de Direitos, do Conselho Tutelar, das Secretarias Municipais de Educação, Saúde e Assistência Social.

Com efeito, a implementação de programas municipais de prevenção ao uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes depende da atuação conjunta dos setores de educação, saúde e assistência social, objetivando o tratamento médico psiquiátrico adequado, a abordagem da temática no meio escolar, o combate à evasão escolar, o incentivo às atividades desportivas e de lazer e o acompanhamento familiar, dentre outras medidas.

Considerando que o Ministério Público atua supletivamente em favor daqueles que por uso indevido de álcool e outras drogas apresentam sua capacidade de autodeterminação comprometida em razão da dependência ou de outros problemas de saúde relacionados ao uso de drogas psicoativas, bem como que ao *Parquet* foi dada legitimação ativa para a defesa extrajudicial e judicial dos interesses e direitos atinentes à infância e juventude, conforme artigos 127 e 129, inciso II, ambos da Constituição Federal e artigos 201, incisos V e VIII, e 210, inciso I, da Lei 8.069/1990, pode o Promotor de Justiça da Infância e Juventude, respeitada a sua independência funcional e as peculiaridades locais, adotar as seguintes providências para induzir o Município a estruturar a rede de atenção em saúde mental infantojuvenil e proporcionar à criança ou adolescente e sua família os adequados encaminhamentos, tratamentos e acompanhamentos, dentro da referida rede.

⁷⁰ A internação psiquiátrica involuntária deve ser posteriormente comunicada ao Ministério Público, nos termos do artigo 8º, da Lei n. 10.216/2001.

Estruturação da Rede de Atenção em Saúde Mental Infanto-juvenil⁷¹

1. Solicitar ou requisitar⁷² ao Poder Executivo Municipal informações acerca da estrutura municipal de atendimento a crianças e adolescentes em dependência de álcool e outras drogas, inclusive em casos de urgência e emergência, especificando os serviços e programas de educação, saúde e assistência social em funcionamento com essa finalidade.

2. A partir das informações colhidas, recomendar ao Poder Executivo Municipal, dentre outras providências:

2.1. a implementação de plano municipal de diagnóstico, prevenção, atendimento, encaminhamento e tratamento de crianças e adolescentes em dependência de drogas e suas famílias, com previsão de fluxo operacional de atendimento e encaminhamento que contemple a atuação integrada dos diversos serviços do município, em especial os de saúde, assistência social e educação;

2.2. a realização de campanhas, mobilizações e ações preventivas, inclusive no meio escolar, objetivando a conscientização sobre os fatores de risco que motivam o

⁷¹ 1. A respeito do assunto, durante a Primeira Reunião Ordinária dos Promotores de Justiça da Infância e Juventude do Ministério Público do Estado de Goiás, ocorrida no dia 04 de junho de 2012, foram registradas as seguintes conclusões: "1. Preventivamente, cabe ao Promotor de Justiça oficial à Secretaria de Saúde de seu Município para que indique o serviço público de referência para atendimento de crianças, adolescentes e adultos dependentes de álcool ou outras drogas, para os encaminhamentos necessários, inclusive em casos de urgência e emergência relacionados ao uso das referidas substâncias. 2. Em não havendo resposta ou na hipótese de inexistência da estrutura mínima necessária, cabe ao Promotor de Justiça adotar as medidas extrajudiciais e judiciais que entender necessárias para a implementação da rede de serviços de saúde mental no Município, com atuação intersetorial das áreas de saúde, assistência social e educação, conforme modelo disponibilizado pelo CAO."

⁷² A teor do disposto no artigo 47, da Lei Complementar Estadual n. 25/1998, para instruir inquéritos civis ou procedimentos administrativos, no exercício de suas funções, o Ministério Público poderá requisitar informações, exames periciais, certidões e outros documentos.

uso de drogas (lícitas - como o cigarro e o álcool - e ilícitas), bem como os malefícios causados, tendo como público-alvo crianças, adolescentes e respectivas famílias;

2.3. a implementação da rede de atenção básica, inclusive Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁷³ e Consultórios na Rua, e dos serviços extra-hospitalares especializados de atenção em saúde mental (Centros de atenção psicossocial ou equivalentes) para atendimento de crianças e adolescentes em dependência de álcool ou outras drogas, de porte local ou regionalizado (por intermédio de consórcio intermunicipal), tais como CAPS I e CAPS AD III, conforme as Portarias do Ministério da Saúde⁷⁴;

2.4. a implementação de unidade pública para acolhimento de crianças e adolescentes em dependência de álcool ou outras drogas, de porte local ou regionalizado (por intermédio de consórcio intermunicipal), conforme regramento⁷⁵ estabelecido pelo Ministério da Saúde, ou a celebração de convênio com entidades governamentais ou não governamentais para o oferecimento do referido serviço;

2.5. a habilitação e o funcionamento, em âmbito local ou regionalizado (via consórcio), de serviços hospitalares de referência e enfermarias especializadas em Hospital Geral para a atenção integral de crianças e adolescentes em dependência de álcool e outras drogas, conforme as Portarias do Ministério da Saúde⁷⁶;

2.6. a estruturação dos serviços de atenção em urgência e emergência (SAMU 192, salas de estabilização, UPA 24 hs, pronto-socorro, unidade básica de saúde, etc.),

⁷³ É importante que a equipe do NASF conte também com médico psiquiatra e/ou outros profissionais da área de saúde mental, conforme a Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde.

⁷⁴ Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012, e Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, ambas do Ministério da Saúde.

⁷⁵ Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde.

⁷⁶ Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde.

além de estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, consoante as diretrizes do Ministério da Saúde;

2.7. a realização de convênios com entidades públicas ou particulares idôneas, eventualmente necessários à efetivação do atendimento, tratamento e reabilitação de crianças ou adolescentes em uso de drogas;

2.8. a adequação do orçamento público em execução, assim como das propostas de leis orçamentárias para os exercícios subsequentes, visando contemplar os recursos públicos necessários à implementação das ações anteriormente referidas, observado o princípio jurídico-constitucional da prioridade absoluta a crianças e adolescentes.

3. Recomendar ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente que, em contato com o Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas (se houver), o Conselho Tutelar e as Secretarias Municipais de Educação, Saúde e Assistência Social, delibere sobre as políticas públicas necessárias para o adequado atendimento, encaminhamento, tratamento e reabilitação de crianças e adolescentes em dependência de álcool e outras drogas no município, enviando ao Poder Executivo as correspondentes deliberações.

4. Firmar termo de ajustamento de conduta com o Poder Executivo Municipal, figurando como anuentes o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, as Secretarias Municipais de Educação, Assistência Social e Saúde, objetivando a adoção das medidas descritas no item 2, dentre outras.

5. Esgotadas as tentativas extrajudiciais, ajuizar Ação Civil Pública de Obrigação de Fazer em face do Município visando compeli-lo a adequar ou implementar:

- o plano municipal de combate às drogas na infância e juventude;
- a rede de atenção integral em saúde mental específica

para crianças e adolescentes em dependência de drogas e suas famílias, compreendendo a atenção básica em saúde mental (unidade básica de saúde, NASF, Consultórios na Rua, dentre outros), centros de atenção psicossocial (CAPS i, CAPS AD III, etc.), atenção de urgência e emergência (SAMU, pronto-socorro, UPA 24h, unidade básica de saúde, etc.), atenção residencial de caráter transitório (unidade de acolhimento infantojuvenil), atenção hospitalar (enfermarias especializadas e serviços hospitalares de referência, preferencialmente dentro das unidades de pediatria ou em setores específicos para crianças e adolescentes dos Hospitais Gerais), além de estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, de porte local ou regionalizado por intermédio de consórcios intermunicipais.



Na defesa do direito individual de criança ou adolescente em dependência de drogas:

1. Encaminhar oficialmente crianças e adolescentes em dependência de drogas e seus familiares diretamente aos serviços de atenção básica da rede de atenção em saúde mental, aos serviços hospitalares ou extra-hospitalares (CAPS I, CAPS AD, CAPS AD III, serviços de urgência e emergência ou outros vinculados à Secretaria Municipal de Saúde), conforme o caso, para avaliação, atendimento e acompanhamento. Se necessário, encaminhá-los aos serviços de assistência social (CRAS, CREAS ou outros serviços vinculados à Secretaria Municipal de Assistência Social) e/ou ao Conselho Tutelar, para a aplicação das medidas de proteção e requisição dos serviços públicos pertinentes.

Em se tratando especificamente de situações de urgência e emergência, conforme conclusões aprovadas na Primeira Reunião Ordinária dos Promotores de Justiça da Infância e Juventude e áreas afins do Ministério Público do Estado de Goiás, ocorrida no dia 04 de junho de 2012:

3. Quando houver relato de situações de urgência ou emergência relacionadas ao uso de drogas por criança, adolescente ou adulto, encaminhar oficialmente o(s) interessado(s) ao serviço público de urgência e emergência disponível (SAMU, Hospital, CAPS III, Posto de Saúde, Pronto-Socorro ou similares), requisitando a avaliação médica e/ou médica psiquiátrica, assim como os devidos atendimentos e acompanhamentos;

4. Caso o Município não disponha de serviço de atendimento pré hospitalar móvel destinado à abordagem do usuário em situações de urgência ou emergência, cabe ao Promotor de Justiça provocar a Secretaria Municipal de Saúde para providenciar o atendimento pelos profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência locais (profissionais das unidades de saúde da família, hospitais, pronto-atendimentos ou similares), requisitando, se necessário, o auxílio de força policial; [...]

2. Se necessário, recomendar ao Município e às Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Assistência Social que forneçam o atendimento e os

serviços necessários à recuperação, assistência, acompanhamento e reabilitação da criança ou adolescente em uso de drogas e sua família, preferencialmente nas circunscrições do Município.

3. Se necessário, recomendar ao Conselho Tutelar a aplicação das medidas protetivas previstas no artigo 101, incisos III (matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental), IV (inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente), V (requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial) e VI (inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos), da Lei n. 8.069/1990, sem prejuízo das medidas necessárias para fazer cumprir suas requisições, *ex vi* do disposto no artigo 136, III, “b”, do Estatuto da Criança e do Adolescente⁷⁷.

4. Esgotadas todas as possibilidades de solução da questão sem intervenção judicial, excepcionalmente, adotar as seguintes providências:

a) colher declarações do adolescente, seus pais ou responsáveis legais, se possível;

b) solicitar/requisitar⁷⁸ às Secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social do Município avaliação médica, psicológica e social da criança ou adolescente em uso indevido de drogas, em caráter de urgência, visando atestar: (I) se está

⁷⁷ Nos termos do artigo 11, § 2º, da Resolução CNMP n. 71/2011, que dispõe sobre a atuação dos membros do Ministério Público na defesa do direito fundamental à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes em acolhimento e dá outras providências, *in verbis*, “nos casos de procedimentos de natureza judicialiforme em trâmite perante os Juízos com competência para a matéria de infância e juventude versando exclusivamente sobre atribuições inerentes ao Conselho Tutelar, o membro do Ministério Público poderá requerer a extinção de tais procedimentos, com a remessa de cópia integral ao referido órgão municipal, caso ainda se verifique a hipótese de incidência do artigo 98 do ECA, a exigir o acompanhamento do caso”.

Consoante disposto no artigo 136, III, do ECA, constitui atribuição do Conselho Tutelar promover a execução de suas decisões podendo, para tanto, requisitar serviços públicos e representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações.

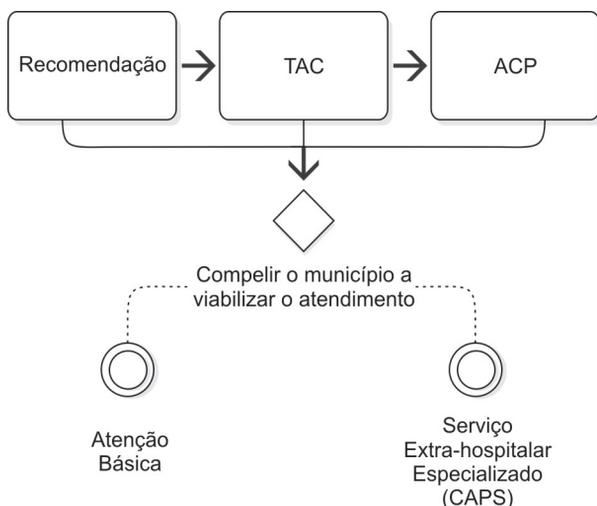
⁷⁸ A teor do disposto no artigo 47, da Lei Complementar Estadual n. 25/1998, para instruir inquéritos civis ou procedimentos administrativos, no exercício de suas funções, o Ministério Público poderá requisitar informações, exames periciais, certidões e outros documentos.

configurada a dependência e a espécie de tratamento adequado; (II) os vínculos e o suporte familiar da criança ou adolescente apresentando uso indevido de álcool ou outras drogas; (III) se o uso da droga vem impedindo o exercício dos direitos fundamentais da criança ou adolescente, o convívio familiar e comunitário, a frequência à escola, a prática de esportes e lazer, dentre outros.

A partir das avaliações referenciadas, adotar as seguintes diretrizes:

4.1. No caso de criança ou adolescente sem indicação de internação psiquiátrica e com suporte familiar:

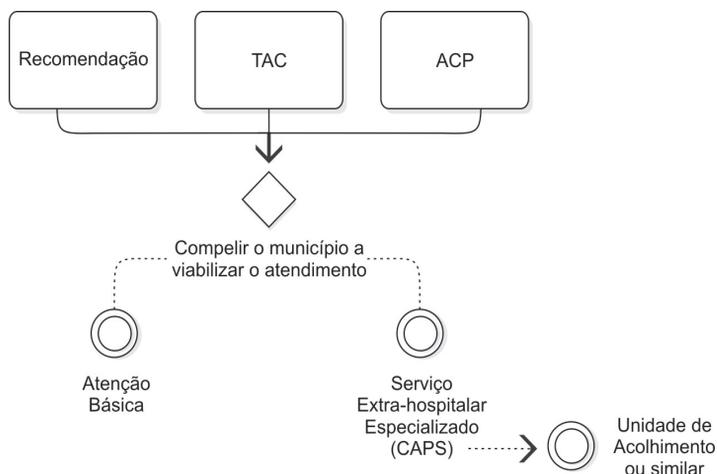
a) compelir o Município (via recomendação, TAC e/ou ação civil pública de obrigação de fazer) a viabilizar/custear o atendimento e acompanhamento do paciente, conforme o caso, nos serviços de atenção básica da rede de atenção em saúde mental (ESF, NASF, dentre outros) e/ou nos serviços extra-hospitalares especializados de atenção em saúde mental (CAPSi, CAPS AD, CAPS AD III ou equivalentes), localizados preferencialmente na municipalidade ou no município que sediar a unidade da região (implementada e/ou mantida via consórcio intermunicipal), com acompanhamento da família pelo CRAS ou CREAS.



b) se necessário, instar o Conselho Tutelar a promover o acompanhamento temporário da criança ou adolescente (artigo 101, II, lei n. 8.069/1990) para aplicação das medidas protetivas necessárias ao tratamento, assistência, reinclusão escolar, acompanhamento e reabilitação do paciente e sua família, sem prejuízo das medidas cabíveis para fazer cumprir suas requisições, a teor do disposto no artigo 136, III, do Estatuto da Criança e do Adolescente.

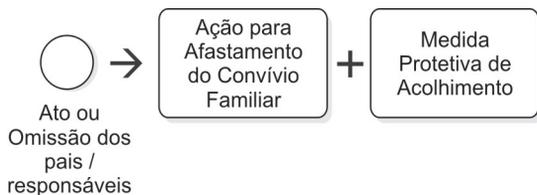
4.2. No caso de criança ou adolescente sem indicação de internação psiquiátrica e sem suporte familiar:

a) compelir o Município (via recomendação, TAC e/ou ação civil pública de obrigação de fazer) a viabilizar/custear o atendimento e o acompanhamento do paciente, conforme o caso, nos serviços de atenção básica da rede de atenção em saúde mental (ESF, NASF, Consultório na Rua, dentre outros) e/ou nos serviços extra-hospitalares especializados de atenção em saúde mental (CAPSi, CAPS AD, CAPS AD III ou equivalentes), inclusive com o propósito de viabilizar, se necessário, o seu encaminhamento, via CAPS, à unidade de acolhimento transitório infantojuvenil ou equivalente⁷⁹, localizados na municipalidade ou no município que sediar a unidade da região, com acompanhamento da família pelo CRAS ou CREAS;



⁷⁹ Nos termos da Portaria n. 121 do Ministério da Saúde, de 25 de janeiro de 2012, a

b) havendo ato ou omissão imputável aos pais ou responsável legal e esgotadas as possibilidades de reinserção familiar, se for o caso, propor ação judicial contenciosa de afastamento do convívio familiar da criança ou do adolescente, na qual se garanta aos réus o exercício do contraditório e da ampla defesa (artigo 101, § 2º, do ECA⁸⁰), cumulada com a aplicação da medida protetiva de acolhimento institucional ou familiar (artigo 101, VII e VIII, do ECA);



c) instar o Conselho Tutelar a promover o acompanhamento temporário da criança ou adolescente acolhido (artigo 101, inciso II, da Lei 8.069/1990) para aplicação das medidas protetivas necessárias à reinserção familiar, tratamento, assistência, reinclusão escolar, acompanhamento e reabilitação da criança ou adolescente em uso de drogas e sua família, sem prejuízo das medidas cabíveis para fazer cumprir suas requisições⁸¹, a teor do disposto no artigo 136, III, do Estatuto da Criança e do Adolescente;

unidade de acolhimento transitório infantojuvenil pode ser implementada no município ou região que contabilize de 2.500 (dois mil e quinhentos) a 5.000 (cinco mil) crianças e adolescentes em risco para uso de drogas. O encaminhamento da criança ou adolescente em situação de dependência para instituições localizadas em municípios distantes prejudica o pleno exercício do direito fundamental à convivência familiar e comunitária e dificulta a reinserção na família natural.

⁸⁰ Nos termos do artigo 101, parágrafo segundo, do ECA: "Sem prejuízo da tomada de medidas emergenciais para proteção de vítimas de violência sexual e das providências a que alude o art. 130 desta Lei, o afastamento da criança ou adolescente do convívio familiar é de competência exclusiva da autoridade judiciária e importará na deflagração, a pedido do Ministério Público ou de quem tenha legítimo interesse, de procedimento judicial contencioso, no qual se garanta aos pais ou ao responsável legal o exercício do contraditório e da ampla defesa."

⁸¹ Consoante disposto no artigo 136, III, do ECA, constitui atribuição do Conselho Tutelar promover a execução de suas decisões podendo, para tanto, requisitar serviços públicos e representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações.

d) havendo indícios, requisitar à autoridade policial a instauração de procedimento investigatório para apurar a ocorrência dos crimes previstos nos artigos 244 (abandono material), 246 (abandono intelectual) ou 247, do Código Penal, em desfavor dos pais ou responsável legal.



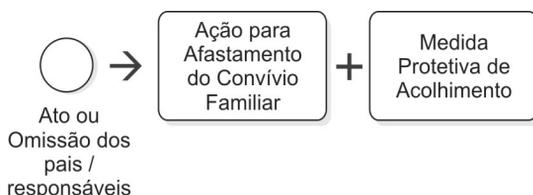
4.3. No caso de criança ou adolescente com ou sem suporte familiar e com sintomas que indiquem a necessidade de internação psiquiátrica:

a) Nos termos das conclusões extraídas da Primeira Reunião Ordinária das Promotorias de Justiça da Infância e Juventude e áreas afins do Ministério Público do Estado de Goiás, realizada no dia 04 de junho de 2012:

6. Em se tratando de criança ou adolescente dependente de álcool ou outras drogas, havendo indicação médica e/ou médica psiquiátrica de internação ou tratamento ambulatorial, esgotadas todas as possibilidades de solução da questão sem intervenção judicial, excepcionalmente, pode o Promotor de Justiça requerer ao Juízo da Infância e Juventude a aplicação da medida protetiva cabível, dentre as previstas no artigo 101, incisos V e VI, do Estatuto da Criança e do Adolescente, observando os ditames da Lei nº 10.216/01.

5. Se for o caso de indicação de internação médica ou médica psiquiátrica e esta não for disponibilizada pelo Poder Público, cabe ao Promotor de Justiça adotar medidas em desfavor do Município para ofertar ou custear o serviço e, eventualmente, promover a responsabilização do gestor público pela omissão no atendimento.

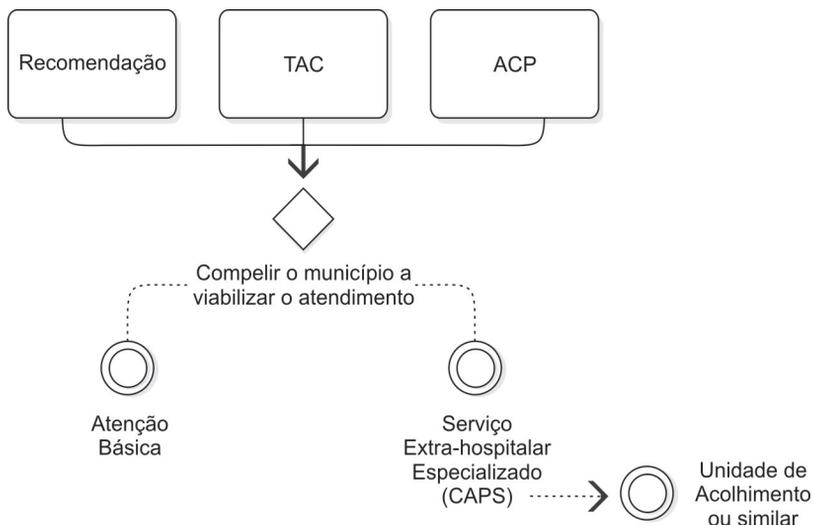
b) havendo ato ou omissão imputável aos pais ou responsável legal e esgotadas as possibilidades de reinserção familiar, se for o caso, propor ação judicial contenciosa de afastamento do convívio familiar da criança ou do adolescente, na qual se garanta aos réus o exercício do contraditório e da ampla defesa (artigo 101, § 2º, do ECA⁸²), cumulada com a aplicação da medida protetiva de acolhimento institucional ou familiar (artigo 101, VII e VIII, do ECA), após a desinternação;



c) compelir o Município (via recomendação, TAC e/ou ação civil pública de obrigação de fazer) a viabilizar/custear, após a desinternação, o atendimento e o acompanhamento do paciente, conforme o caso, nos serviços de atenção básica da rede de atenção em saúde mental (ESF, NASF, Consultório na Rua, dentre outros) e/ou nos serviços extra-hospitalares especializados

⁸² Nos termos do artigo 101, parágrafo segundo, do ECA: "Sem prejuízo da tomada de medidas emergenciais para proteção de vítimas de violência sexual e das providências a que alude o art. 130 desta Lei, o afastamento da criança ou adolescente do convívio familiar é de competência exclusiva da autoridade judiciária e importará na deflagração, a pedido do Ministério Público ou de quem tenha legítimo interesse, de procedimento judicial contencioso, no qual se garanta aos pais ou ao responsável legal o exercício do contraditório e da ampla defesa."

de atenção em saúde mental (CAPSi, CAPS AD, CAPS AD III ou equivalentes), inclusive com o propósito de viabilizar, se necessário, o seu encaminhamento, via CAPS, à unidade de acolhimento transitório infantojuvenil ou similar⁸³, localizados na municipalidade ou no município que sediar a unidade da região, com o acompanhamento da família pelo CRAS ou CREAS;



d) instar o Conselho Tutelar a acompanhar temporariamente a criança ou adolescente (artigo 101, inciso I, da Lei 8.069/1990) para aplicação das medidas protetivas necessárias à reinserção familiar, tratamento, assistência, reinclusão escolar, acompanhamento e reabilitação da criança ou adolescente em uso de drogas e sua família, sem prejuízo das medidas cabíveis

⁸³ Nos termos da Portaria n. 121 do Ministério da Saúde, de 25 de janeiro de 2012, a unidade de acolhimento transitório infantojuvenil pode ser implementada no município ou região que contabilize de 2.500 (dois mil e quinhentos) a 5.000 (cinco mil) crianças e adolescentes em risco para uso de drogas. O encaminhamento da criança ou adolescente em situação de dependência para instituições localizadas em municípios distantes prejudica o pleno exercício do direito fundamental à convivência familiar e comunitária e dificulta a reinserção na família natural.

para fazer cumprir suas requisições, a teor do disposto no artigo 136, III, do Estatuto da Criança e do Adolescente;

e) havendo indícios, requisitar à autoridade policial a instauração de procedimento investigatório para apurar a ocorrência dos crimes previstos nos artigos 244 (abandono material), 246 (abandono intelectual) ou 247, do Código Penal, em desfavor dos pais ou responsável legal.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a atenção integral em Saúde Mental, são fundamentais a reestruturação e a organização da rede de ações e serviços destinados a garantir a assistência por equipes multiprofissionais, em serviços extra-hospitalares, e, quando necessário, também em enfermarias e leitos especializados de hospitais gerais ou em serviços de urgência/emergência, além de articulações intersectoriais que auxiliem na promoção da saúde, na prevenção do uso de drogas psicoativas, no tratamento apropriado para as pessoas com problemas de saúde decorrentes do uso indevido de drogas e na reinserção social adequada.

Sob o prisma da infância e juventude, a correta aplicação da lei e dos princípios da reforma psiquiátrica dependem da criação e do funcionamento de uma ampla rede de atenção em saúde mental nos Estados e Municípios, com a previsão de serviços especializados no atendimento ao público infantojuvenil.

O uso indevido de drogas é hoje um assunto de saúde pública, não apenas de política criminal.

Nesse contexto, é fundamental compreender que, além de tratamento médico, as crianças e adolescentes em dependência de drogas necessitam de um tratamento integral que considere os aspectos médicos (clínicos e/ou psiquiátricos), psicológicos, familiares, sociais e educacionais, levando em consideração inclusive o seu estado de desenvolvimento e vulnerabilidade.

No enfrentamento da questão, mais do que combater as drogas, o Ministério Público tem a importante missão de promover o resgate da dignidade das crianças, adolescentes e suas

famílias, garantindo-lhes, dentre outros direitos fundamentais, o pleno exercício do direito constitucional à saúde.

ANEXO I

LEGISLAÇÃO⁸⁴

Documento Internacional

- Declaração de Caracas - Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde - Organização Pan-Americana de Saúde
Proclamada no dia 14 de novembro de 1990, marco das reformas na atenção em saúde mental nas Américas, sendo o Brasil signatário, comprometendo-se a desenvolver programas de reestruturação da atenção psiquiátrica no sentido de superação do modelo do hospital psiquiátrico como principal modalidade assistencial no tratamento de pessoas apresentando transtornos mentais.

Legislação Federal

Leis

- Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990

⁸⁴ É importante ressaltar que as normatizações realizadas pelo Ministério da Saúde, por meio das portarias, podem ser constantemente alteradas ou complementadas.

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

- Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

- Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003

Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas.

- Lei n.11.185, de 7 de outubro de 2005

Altera o caput do art. 11 da Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

- Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006

Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

- Lei n. 12.219, de 31 de março de 2010

Altera o artigo 73 da Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, para permitir que a União possa celebrar convênios com os Estados e o Distrito Federal visando à prevenção e repressão do tráfico ilícito e do uso indevido de drogas, e com os Municípios com o objetivo de prevenir o seu uso indevido, e possibilitar a atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

- Lei n. 12.435, de 6 de julho de 2011

Altera a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social.

Decretos

- Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007
Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.

- Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010
Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.
 - Edital n. 003/2010/GSIPR/SENAD/MS
Regulamenta processo seletivo para apoio financeiro a municípios que desenvolvam projetos de implantação e/ou ampliação de Casas de Acolhimento Transitório, da rede integrada de saúde e assistência social, destinada ao acompanhamento sociofamiliar e à inclusão de crianças, adolescentes e jovens usuários de crack e outras drogas em programas de reinserção social, conforme estabelecido no Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010.

- Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011
Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Resoluções

- Resolução n. 1.451 do Conselho Federal de Medicina, de 10 de março de 1995
Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos Pronto Socorros Públicos e Privados.

- Resolução n. 1.598 do Conselho Federal de Medicina, de 09 de agosto de 2000
Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental (redação modificada pela Resolução CFM n. 1.952/2010).

- Resolução n. 1.931 do Conselho Federal de Medicina, de 17 de setembro de 2009

Aprova o Código de Ética Médica.

- Resolução RDC n. 101, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 30 de maio de 2001

Estabelece o regulamento técnico para funcionamento das comunidades terapêuticas. (Revogada pela Resolução RDC n. 29/2011)

- Resolução RDC n. 29, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 30 de junho de 2011

Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

- Resolução n. 3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005

Aprova a Política Nacional Sobre Drogas.

Portarias

- Portaria n. 344 da ANVISA, de 12 de maio de 1998

Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

- Portaria n. 336 do Ministério da Saúde, de 19 de fevereiro de 2002

Regulamenta as modalidades e o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

- Portaria n. 816 do Ministério da Saúde, de 30 de abril de 2002

Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas.

- Portaria n. 2.391 do Ministério da Saúde, de 26 de dezembro de 2002

Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216,

de 6 de abril de 2001, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

- Portaria n. 2.077 do Ministério da Saúde, de 31 de outubro de 2003 Regulamenta a Lei n. 10.708/2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

- Portaria n. 2.197 do Ministério da Saúde, de 14 de outubro de 2004 Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

- Portaria n. 245 do Ministério da Saúde, de 17 de fevereiro de 2005 Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial.

- Portaria n. 1.028 do Ministério da Saúde, de 01 de julho de 2005 Regulamenta a estratégia de redução de danos.

- Portaria n. 154 do Ministério da Saúde, de 24 de janeiro de 2008 Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. (revogada pela Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011)

- Portaria n. 2.841 do Ministério da Saúde, de 20 de setembro de 2010 Institui o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas (CAPS AD III), no âmbito SUS. (revogada pela Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012)

- Portaria n. 2.842 do Ministério da Saúde, de 20 de setembro de 2010 Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHRad. (revogada pela Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012)

- Portaria n. 4.279 do Ministério da Saúde, de 30 de dezembro de 2010 Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Portaria n. 719 do Ministério da Saúde, de 07 de abril de 2011 Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS.
- Portaria n. 3.088 do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011 Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- Portaria n. 3.089 do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011 Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
- Portaria n. 2.488 do Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2011 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- Portaria n. 3.090 do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011 Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências.
- Portaria n. 121 do Ministério da Saúde, de 25 de janeiro de 2012 Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
- Portaria n. 122 do Ministério da Saúde, de 25 de janeiro de 2012 Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
- Portaria n. 123 do Ministério da Saúde, de 25 de janeiro de 2012 Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.
- Portaria n. 130 do Ministério da Saúde, de 26 de janeiro de 2012

Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

- Portaria n. 131 do Ministério da Saúde, de 26 de janeiro de 2012 Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

- Portaria n. 148 do Ministério da Saúde, de 31 de janeiro de 2012 Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

- Portaria n. 1.615 do Ministério da Saúde, de 26 de julho de 2012 Altera o item II do artigo 9º e os artigos 12º e 13º da Portaria n. 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Legislação Estadual

Leis

- Lei n. 15.724, de 29 de junho de 2006

Modifica a organização administrativa do Poder Executivo do Estado de Goiás. O Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas passa a denominar-se Conselho Estadual Antidrogas (alterada pela lei n. 17.257 de 25 de janeiro de 2011).

- Lei n. 17.421, de 21 de setembro de 2011

Institui a Política Estadual de Enfrentamento do “Crack” e outras Drogas – PECD, que visa a integração e articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos e juventude, contemplando prioritariamente crianças e adolescentes.

Decreto

- Decreto n. 6.066, de 25 de janeiro de 2005

Dispõe sobre o Regimento Interno do Conselho Estadual Antidrogas (com redação alterada pelo Decreto n. 6.579, de 26 de dezembro de 2006).

ANEXO II

REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE GOIÁS

(atualizada pela Gerência de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde em dezembro/2012)

ÁGUAS LINDAS

CAPS II “Reviver”

PORTARIA N. 740, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2008

Quadra 06, Conjunto A, Lote 03 - Setor 6 - Águas Lindas II

CEP: 72.910-000

Coordenador(a): Lurdes Gonçalves Pedro

fone: (61) 9947-9865

E-mail: lurdesdf@hotmail.com

ANÁPOLIS

CAPS II “Vida Ativa”

PORTARIA N. 2103/GM, EM 19 DE NOVEMBRO DE 2002

Rua Coronel Antônio Crispim, N. 155 - Bairro Jundiáí

CEP: 75.023-030

fone: (62) 3902-1698

Coordenador(a): Marta Brandão

fone: (62) 8416-0404

E-mail: martapsi7@hotmail.com

CAPS II AD “Viver”

PORTARIA N. 717, DE 03 DE DEZEMBRO DE 2004

Rua Engenheiro Portela, N. 820 - Vila Jussara

CEP: 75.123-100

fone: (62) 3902-1299

Coordenador(a): Karla Mércia C. Brito

fone: (62) 9147-8080/8559-0469

E-mail: capsviver@anapolis.go.gov.br e karlamercia@hotmail.com

CAPS i “Crescer”

PORTARIA N. 577, DE 06 DE OUTUBRO DE 2008

Rua José Neto Paranhos, Quadra 70, Lote 26 - Bairro Jundiáí

CEP: 75.113-590

fone: (62) 3902-2615/3311/3092-2158

Coordenador(a): Izabela Braga

APARECIDA DE GOIÂNIA

CAPS II “Bem-Me-Quer”

PORTARIA N. 666, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2005

Rua Caetés, Quadra 05, Lote 16/19 - Jardim Iracema

CEP: 74. 980-000

fone: (62) 3545-5969

Coordenador(a): M^a. Denise de Faria Batista

fone: (62) 9143-4255

E-mail: mdsbatista@hotmail.com

CAPS III AD “Criar-Te”

PORTARIA N. 509, DE 31 DE MAIO DE 2012

Avenida Nova Era, Quadra 13, Lote 11 - Jardim Nova Era

CEP: 74.161-000

fone: (62) 3545-5847

Coordenador(a): Carolina Sartori Fioravante

fone: (62) 3545-5842

E-mail: carolinafsartori@hotmail.com

CONSULTÓRIO DE RUA

ARAGARÇAS

CAPS I

PORTARIA N. 295, DE 25 DE JUNHO DE 2010

Rua Francisco Albuquerque Milhomem c/ Rua Ernesto José Barbosa

Setor Administrativo - CEP:76.240-000

Coordenador(a): Eduardo dos Santos Vieira (64) 9282-6113/(64) 9906-5197

E-mail: eduardo.psychologist@hotmail.com Prefeitura: 3638-7000 ramal 47

BELA VISTA

CAPS I

Avenida Senador Pedro Ludovico Teixeira, Quadra 02, Lote 04, N. 793 - St. Central

CEP: 75.240-000

fone: (62) 3551-7069

CALDAS NOVAS

CAPS II

PORTARIA N. 579, DE 06 DE OUTUBRO DE 2008

Av. E, Quadra 89, Lote 21 - Itanhagá I

CEP: 75.690-000

fone: (64) 3454-6840

Coordenador(a): Soraya da Silva Borges

E-mail: caps_caldasnovas@hotmail.com

CAPS II AD

PORTARIA N. 509, DE 31 DE MAIO DE 2012

Rua “M”, Quadra 24, Lote 12 - Bairro Nova Vila

CEP: 75.690-000

fone: (64) 3454-6835

Coordenador(a): Soraya da Silva Borges

E-mail: caps.ad.caldasnovas@hotmail.com

CATALÃO

CAPS I “José Evangelista da Rocha”

PORTARIA N. 2103/GM, EM 19 DE NOVEMBRO DE 2002

Rua da Resistência, N. 563 - Vila Teotônio Villela

CEP: 75706-610

fone: (64) 3441-1813

Coordenador(a) Geral: Silvânia Maria Mesquita

Coordenador(a) Técnico(a): Juliana Maria Barbosa

Coordenador(a) Administrativo(a): Amanda Maria Ribeiro

E-mail: caps.catalao@hotmail.com

CRISTALINA

CAPS I

PORTARIA N. 996, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2006

Rua Kaled Cosac, Quadra 59, Lote 12 - Setor Noroeste

CEP: 73.850-000

fone: (61) 3612-4221

Coordenador(a): Renata Caixeta

E-mail: renata.treinamento@hotmail.com

FORMOSA

CAPS II

PORTARIA N. 375, DE 08 DE JULHO DE 2008

Rua Valeriano de Castro, s/N. - Setor Nordeste

CEP: 73.807-100

fone: (61) 3981-1130

Coordenador(a): Júlia Regina José de S. Aprígio

fone: (61) 9656-2426

E-mail: capsformosago@hotmail.com

GOIÁS

CAPS I

PORTARIA N. 375, DE 08 DE JULHO DE 2008

Travessa Doutor Neto, s/N. - Centro

CEP: 76.600-000

fone: (62) 3371-7705/7023

Coordenador(a): Eriomar Gomes Camargo

E-mail: capsgoias@hotmail.com

GOIÂNIA

CAPS II “Esperança”

PORTARIA N. 2103/GM, EM 19 DE NOVEMBRO DE 2002

Rua Serra dos Órgãos, Quadra 48, Lote 33 e 34 - Jardim Petrópolis

CEP: 74.460-250

fone: (62) 3597-2214/5040

Coordenador(a) Técnico(a): Andréia Cristina Elias Souza

RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA MENDANHA (Esperança) - 02 /Feminina

Rua São Luis, Quadra 42, Lote 04 - Jardim Petrópolis

CEP: 74.460-210

fone: (62) 3297-8930

RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA MENDANHA (Esperança) - Masculina
Rua São Luis, Quadra 42, Lote 07 - Jardim Petrópolis
CEP: 74.460-210 fone: (62) 3299-8369/3597-2948

CAPS II "Novo Mundo"

PORTARIA N. 2103/GM, EM 19 DE NOVEMBRO DE 2002
Avenida Manchester, N. 2000, Chácara 02 - Bairro Jardim Novo Mundo
CEP: 74.703-000 fone: (62) 3524-1804/fax: 3524-1802
E-mail: capsnovomundo@sms.goiania.go.br
Coordenador(a) Geral: Yanne Teles - Email: yanneteles@bol.com.br
Coordenador(a) Técnico(a): Consuelo Guilard
Coordenador(a) Administrativo(a): Verimar Alves Faguim

Obs: Em razão da reforma no CAPS Novo Mundo, os atendimentos estão sendo realizados no endereço: Rua Leopoldo de Bulhões, Quadra Y-4, Lote 03 - Jardim Concórdia.

RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA NOVO MUNDO - Masculina
Rua Desvio Marcélia, Quadra 242, Lote 18 - Jardim Novo Mundo
CEP: 74.250-010 fone: (62) 3565-8030
Coordenador(a) Técnico(a): Lucilene Santana Fernandes

CAPS I "Água Viva"

PORTARIA N. 2103/GM, EM 19 DE NOVEMBRO DE 2002
Rua 115, N. 341, Chácara 3 - Setor Sul
CEP: 74085 - 240 fone: 3524-1660/1661/1662
Coordenador(a): Taísa Tirabosque de Oliveira
E-mail: capsaguaviva@sms.goiania.go.gov.br

CAPS II "Vida"

PORTARIA N. 356, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2003
Rua 1128, Quadra 233, Lote 08 - Setor Marista
CEP: 74.175-130 fone: 3524-1650/1651
Coordenador(a): Mônica Mendes Maranhão Izacc
E-mail: capsvida@sms.goiania.go.gov.br

CAPS II "Beija-Flor"

PORTARIA N. 377, DE 29 DE JULHO DE 2004
Alameda Presidente Baldomir, Chácara 07 - Setor Jardim Presidente
CEP: 74.353 -030 fone: 3290-7665/3524-1646/3901-1223
Coordenador(a) : Carlene Borges Soares
E-mail: carleneborges@hotmail.com e capsbeijaflor@sms.goiania.go.gov.br

RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA BEIJA-FLOR I - feminina
Rua F-6, Quadra 26, Lote 12 - Setor Façalville fone: (62) 3289-3230
Coordenador(a) Técnico(a): Patrícia Martins de Oliveira

RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA BEIJA- FLOR II - feminina
Rua F-8, Quadra 34, Lote 17 - Setor Façalville fone: (62) 3290-3230/6031

CAPS AD i “Girassol”
PORTARIA N. 407, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2003
Rua R-5, Quadra R7, Lote 03, esquina c/ Alameda das Rosas - Setor Oeste
CEP: 74.125-070 fone: 3524-2489/2419
Coordenador(a): Roberto Vaz de Abreu
E-mail: capsgirassol@gmail.com

CAPS II AD “CASA”
PORTARIA N. 576, DE 06 DE OUTUBRO DE 2008
Rua 104, N. 587 - Setor Sul fone: (62) 3524-1739/1703
Coordenador(a) Técnico(a): Izaura Valentim da Silva
E-mail: caps@sms.go.gov.br

AMBULATÓRIO MUNICIPAL DE PSIQUIATRIA
Rua 132, N. 159, Quadra F-02, Lote 51 - Setor Sul
(em frente ao Clube dos Oficiais) fone: 3524-1690/1693/1694
Coordenador(a) Técnico(a): Humberto Monção
E-mail: ambpsiQUIATRIA@sms.goiania.go.gov.br

PRONTO SOCORRO PSIQUIÁTRICO WASSILY CHUC
Rua T-3, n. 600, St Bueno
CEP: 74.205-095 fone: 3524-8286/8287
Diretor(a) Geral : Carmem Rodrigues Paulino
E-mail: wassilychuc@sms.goiania.go.gov.br

GERARTE I
Rua 24, Quadra H-11, Lote 07 - Setor Marista fone: (62) 3524-1523
E-mail: gerartegoiania@gmail.com

GERARTE II
Rua P-25, N.737 - Setor dos Funcionários fone: (62) 3524-2464

Divisão de Saúde Mental
Av. Cerrado, n. 999 - Parque Lozandes - Paço Municipal
CEP: 74.884-900 fone: (62) 3524 -1556
Coordenador(a) Técnico(a): Heloisa Helena M. de Almeida Massanaro
E-mail: sm@sms.goiania.go.gov.br

CONSULTÓRIO DE RUA

CIMP (Centro Integrado Médico Psicopedagógico)
Rua 72, esq. c/ Av. H - Parque da Criança fone: (62) 3201-4346/4349
E-mail: cimp.dirgeral@saude.go.gov.br

INHUMAS

CAPS I

PORTARIA N. 354, DE 19 DE ABRIL DE 2012

Rua Dr. Antônio Balduino c/ Rua Tiradentes, N.1950, Quadra D, Lote 05
- Centro

CEP: 75.400-000

fone: (62) 3514-7146

Coordenador(a): Gilmar de Freitas

fone: (62) 8441-6754

E-mail: capsgoiabeira@hotmail.com

IPAMERI

CAPS I

PORTARIA N. 352, DE 21 DE JULHO DE 2011

Rua Intendente José Vaz s/N. - Centro

CEP: 75.780-000

fone: (64) 3491-6051/6029

Coordenador(a): Adriana Cristina Toledo Chaer

E-mail: adchaer@terra.com.br

ITABERAÍ

CAPS I

Avenida Derval de Castro, N. 23 - Vila Progresso

CEP: 76.630-000

fone: (62) 3375-3447

Coordenador(a): Luana Carolina de Jesus

fone: (62) 8462-7849

E-mail: luanacarol17@hotmail.com

ITUMBIARA

CAPS I "Centro Integrado de Saúde Mental Emmanuel - CISME"

PORTARIA N. 2103/GM, EM 19 DE NOVEMBRO DE 2002

Av. Equador, N. 13 - Bairro Dom Veloso

CEP: 75535-420

fone: (64) 3404-1388

Coordenador(a): Fabiana Bino Pereira

fone: (64) 9265-3405

E-mail: elienefranco1967@hotmail.com

JATAÍ

CAPS II "Abelha"

PORTARIA N. 238, DE 21 DE AGOSTO DE 2003

Rua Lauro Taveira, N. 1041 - Vila Fátima

CEP: 75.800 - 000

fone: (64) 3636-1067

Coordenador(a): Soraya Maria de Rezende Vilela

E-mail: saudemental12@hotmail.com.br

RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA1

Rua Doutor Roberto Assis Carvalho, N. 141

CEP: 75.802-055

fone: (64) 3636 1070/1067/1072

Coordenador(a): Soraya Maria de Rezende Vilela

<p>RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA 2 Rua Lauro Taveira, N. 1059 - CEP: 75.803-125 fone: (64) 3636-1069 Coordenador(a): Soraya Maria de Rezende Vilela</p>
<p>RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA 3 Rua Deputado Honorato Carvalho - Vila Fátima CEP: 75.803-017 fone: (64) 3636-1068 Coordenador(a): Wailton Rodrigues de Oliveira</p>
<p>LUZIÂNIA CAPS II PORTARIA N. 295, DE 25 DE JUNHO DE 2010 Av. 10, Quadra 54, Lote 11 - Parque Estrela Dalva 7 fone: (61) 3622-1826 Coordenador(a): Ganer Atiê fone: (61) 3906- 3333 E-mail: ganer@ig.com.br / wesley.saude@hotmail.com</p>
<p>MINAÇU CAPS I Rua 4, N. 658 - Centro - CEP: 76.860-000 fone: (62) 3379-1725 Coordenador(a): Heden Melo E-mail: hedenmelo@hotmail.com</p>
<p>MINEIROS CAPS I Dona Florinda PORTARIA N. 385, DE 05 DE JULHO DE 2005 5ª Avenida, N. 98 - Bairro Centro CEP: 75.830-000 fone: (64) 3661-2661 E-mail: capsdonaflorinda@gmail.com</p>
<p>MORRINHOS CAPS I Avenida Couto Magalhães, N.152 - Setor Central CEP: 75.650-000 fone: (64) 3417-2148</p>
<p>NERÓPOLIS CAPS I Rua Irom Inácio de Brito, Quadra 5A, Lote 10 - Bairro Botafogo CEP: 75.460-000</p>
<p>NIQUELÂNDIA CAPS I Niquelândia PORTARIA N. 361, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2003 Rua São Paulo, Quadra 10, Lote 05 - Setor Belo Horizonte CEP: 76.420-000 fone: (62) 3959-7079 Coordenador(a): Joelma Vanúncio da Silva E-mail: joelmato@bol.com.br</p>

PADRE BERNARDO

CAPS I "Bem Viver"

PORTARIA N. 869, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2006

Rua Maranhão, Quadra 03, Lote 16 - Vila Maria

CEP: 73.700-000

fone: (61) 3633-1382/SMS 2228

Coordenador(a): Bárbara Priscila da Silva

fone: (61) 9232-3534

E-mail: capsbemviver.pb@hotmail.com /anjosbabi@yahoo.com.br

PALMELO

CAPS I "Eurípedes Barsanulfo"

PORTARIA N. 351, DE 22 DE JUNHO DE 2007

Praça Jerônimo Cândido Gomide, N. 311 - Centro - CEP: 75.210-000

Coordenador(a) Técnico(a): Andréia Cristina F. Ferreira

Coordenador(a) Administrativo(a): Salu

fone (64) 9226-1829

E-mail: capspalmelo@yahoo.com.br

fone: (64) 3694-1253/1124/1241

RESIDÊNCIA RAI0 DE SOL

Av. Josino Cândido Branquinho, N. 652 - Centro

RESIDÊNCIA PRIMAVERA

Av. Padre João Saint Clair da Cruz, N. 39 - Centro

RESIDÊNCIA ESPERANÇA

Rua Hilda Vilela, N. 618 - Centro

PIRACANJUBA

CAPS I

PORTARIA N. 2.105, DE 5 DE SETEMBRO DE 2011

Rua Santos Dumont, Quadra 06, Lote 14 - Setor Aeroporto

CEP: 75.640-000

fone: (64) 3405-4022

Coordenador(a): Ana Lourdes de Castro Schiavinato

E-mail: capspiracanjuba@hotmail.com

PLANALTINA

CAPS II "Qualidade de Vida"

PORTARIA N. 352, DE 21 DE JULHO DE 2011

Quadra 17-MR2, Casa 31 - Setor Norte

fone (61) 3637-8244

Coordenador(a): Patrícia Rodrigues P. de Souza

fone: (61) 8523-9901

E-mail: capsplanaltina@yahoo.com.br

PORANGATU

CAPS I

PORTARIA N. 719, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2010

Rua 5, N. 43 - Centro

CEP: 76.550-000

fone: (62) 3362-5099

Coordenador(a): Maicon Douglas Martins Leite

E-mail: caps_porangatu@hotmail.com

QUIRINÓPOLIS

CAPS I “Caminhos de Luz”

PORTARIA N. 755, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2005

Rua Rui Barbosa, N. 111 - Centro

CEP: 72.860-000

fone: (64) 3651-8829 / 8884 SMS recepção

Coordenador(a): Adriana

(64) 9279-1673

E-mail: adriana_sm_drik@hotmail.com

RIO VERDE

CAPS II

PORTARIA N. 579, DE 06 DE OUTUBRO DE 2008

Rua Gumerindo Ferreira esquina com Raul Seabra - Centro

CEP: 75.901-310

fone: (64) 3620-2111

Coordenador(a) Técnico(a): José Victor Pires Bicalho

E-mail: caps2@hotmail.com

CAPS II AD

Rua 6, N. 514 - Vila Amália CEP: 75.900-000

fone: (64) 3620-2043

Coordenador(a): Eleida Domingues

RUBIATABA

CAPS I

PORTARIA N. 352, DE 21 DE JULHO DE 2011

Rua Sibipiruna, N.226 - St. Aeroporto

fone: (62) 3325-1367

Coordenador(a): Flávia Rezende

E-mail: capsrubiatoba@hotmail.com

SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

CAPS I

PORTARIA N. 187, DE 29 DE ABRIL DE 2011

Rua 3, N. 276 - Setor Oeste

CEP: 76.590-000

fone: (62) 3977-7116/7115

E-mail: caps1sma@hotmail.com

SENADOR CANEDO

CAPS II “Reencontro”

PORTARIA N. 352, DE 21 DE JULHO DE 2011

Rua JM 7 c/ JM 8, Quadra APM, Lote 01 - Jardim das Oliveiras

CEP: 75.250-000

fone: (62) 3275-3735/9922

Coordenador(a): Ludmila Maranhã

E-mail: ludmylamaranhã@hotmail.com

CAPS II AD

Rua 12 de Outubro, Quadra 01 Lt.08 - Vila Santa Rosa

CEP: 75.250-000

fone: (62) 3275-9945

Coordenador(a): Eleusa Mendes Mascarenhas

E-mail: capsadcanedo@gmail.com

TRINDADE

CAPS II “Coração de Mãe”

PORTARIA N. 869, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2006

Rua Odair Ferreira dos Santos, N. 31 - Centro

CEP: 75.380-000

fone: (62)3506-7221

Coordenador(a): Michele Vaz Rocha

E-mail: michevaz@hotmail.com

CAPS II AD

PORTARIA N. 236, DE 13 DE MAIO DE 2010

Rua 9, N. 201 - Vila Pai Eterno

CEP: 75.380-000

fone: (62) 3506 - 7058

Coordenador(a): Allinne Sahium de P. B. Oliveira

fone: (62) 8498-4302

E-mail: capsadtrindade@gmail.com e allinyne.brandao@gmail.com

URUAÇU

CAPS I

PORTARIA N. 2.105 DE 5 DE SETEMBRO DE 2011

Rua 1, N. 45 - Bairro São Sebastião

CEP: 76.400-000

fone: (62) 3357-5408

Coordenador(a): Adriana Marçal Vieira

E-mail: drcaranji@hotmail.com

VALPARAÍSO

CAPS II

Avenida Central s/N. - Cruzeiro do Sul - Área Institucional N. 02

fone: (61) 3627-1351 (SMS)

REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA

(atualizada pela Divisão de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia em dezembro/2012)

DISTRITO SANITÁRIO CAMPINAS-CENTRO

Rua 67-A, N. 221-A Setor Norte Ferroviário fone:35248738/ 35248739

CAIS Campinas

Atendimento, pelo profissional psicólogo, de crianças, adolescentes e adultos residentes em Goiânia, apresentando transtornos mentais e comportamentais (teleatendimento).

Atendimento de Psiquiatria e Neuropsiquiatria Infantil (teleatendimento).

Rua P-30 c/ P-26 - Setor dos Funcionários

fone: 3524-1930/3524-1931/3524-1932/3524-1936

CAIS da Vila Nova

Atendimento, pelo profissional psicólogo, de crianças, adolescentes e adultos residentes em Goiânia, apresentando transtornos mentais e comportamentais (teleatendimento).

Av. Industrial, s/N - Vila Nova

fone: 3524-1826/ 3524-1828

GERARTE II

Atendimento a adultos (18 anos acima).

Tem como objetivo a inclusão social através do trabalho e da geração de renda, seguindo os princípios da Economia Solidária. Os encaminhamentos se fazem através dos CAPS.

Rua P-25, N. 737 - Setor dos Funcionários

fone: 3524 -2464

CRDT - CENTRO DE REF. EM DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA “CÂNDIDO JOSÉ SANTIAGO DE MOURA”

Acolhe pessoas por demanda referenciada, pelo CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento.

Av. Contorno, N. 2151, Ala Norte, Área Terminal Rodoviário - Setor Norte Ferroviário

fores: 3524-8700/3524-8701/3213- 1175/3213-5703

CRASPI - Centro de Referência e Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Acolhe pessoas acima de 60 anos, encaminhadas através do Teleatendimento e demanda interna.

Av. Armando de Godoi, N. 326, Cidade Jardim

fone: 3524- 5651/5652/5653

DISTRITO SANITÁRIO NORTE

Av. Contorno, Quadra 7-A, Lote 21 - Jardim Guanabara I

CEP: 74.675-240

fone:3524-1887/1886 /1878/5002

CIAMS Urias Magalhães

Atendimento, pelo profissional psicólogo, de crianças, adolescentes e adultos residentes em Goiânia, apresentando transtornos mentais e comportamentais. Profissional psiquiatra, para atendimento a adulto apresentando transtorno mental. Encaminhamento através do teleagendamento.

Rua Guajajara, esq. C/ Rua Carijós, s/N. - Setor Urias Magalhães

fone: 3524-1993/3524-1994/3524-1996

CAIS Jardim Guanabara

Atendimento, pelo profissional psicólogo, de crianças, adolescentes e adultos residentes em Goiânia, apresentando transtornos mentais e comportamentais (teleagendamento).

Rua GB-14 esquina c/ Rua GB-37, Quadra 61, Lote 17 - J.Guanabara III

fone: 3524-5050/ 3524-5040

DISTRITO SANITÁRIO LESTE

Rua Cristóvão Colombo, Quadra 136, Lote 08 - Jd. Novo Mundo

fone: 3524-1893/3524-1997/3524-1876

CAPS NOVO MUNDO

Unidade especializada em saúde mental, com equipe multiprofissional, para atendimento de adultos (acima de 18 anos), residentes em Goiânia, apresentando transtornos mentais (residentes nas regiões Leste e Norte).

Acolhe pessoas por demanda referenciada pelas Unidades de Saúde, com relatório de referência / contra-referência, entre outras instituições, bem como demanda espontânea.

Obs.: É referência para orientação e discussão em saúde mental junto aos Distritos Sanitários / UABS / PSF das regiões mencionadas.

Av. Manchester, N. 2000, Chácara 02 - Jardim Novo Mundo

CEP: 74.703-000

fone: 3524-1804 / fax: 3524-1802

Rua Leopoldo de Bulhões, Quadra Y-4, Lote 03 - Vila Concorórdia

OBS: Em razão da reforma no Caps Novo Mundo, os atendimentos estão sendo realizados no endereço acima.

CAIS Chácara do Governador

Atendimento, pelo profissional psicólogo, de crianças, adolescentes e adultos residentes em Goiânia, apresentando transtornos mentais e comportamentais (teleagendamento).

Av. DF-2, Quadra IC, Lote 14 - Bairro Chácara do Governador

fone: 3524-3107/ 3108

DISTRITO SANITÁRIO LESTE (cont.)**CAIS Amendoeiras**

Atendimento, pelo profissional psicólogo, de crianças, adolescentes e adultos residentes em Goiânia, apresentando transtornos mentais e comportamentais (teleagendamento).

Av. Francisco Ludovico de Almeida, Quadra 24 - Setor Parque das Amendoeiras
fone: 3524-1835/ 3524-1836/ 3524-1837/3524-1838

CAIS Jardim Novo Mundo

Atendimento, pelo profissional psicólogo, de crianças, adolescentes e adultos residentes em Goiânia, apresentando transtornos mentais e comportamentais (teleagendamento).

Av. New York, Quadra 137, s/N. - Jardim Novo Mundo
CEP 74713-440 fones: 3524-1890/3524-1891/3524-1894

DISTRITO SANITÁRIO OESTE

Av. Padre Monte, Quadra 27, Lote 12/13 - Bairro Goiá
fone: 3524-1695/ 3296- 6116/3296- 2248

CAPS ESPERANÇA

Unidade especializada em saúde mental, com equipe multiprofissional, para atendimento de adultos (acima de 18 anos), residentes em Goiânia, apresentando transtornos mentais (residentes nas regiões Mendanha, Noroeste e Oeste).

Acolhe pessoas por demanda referenciada pelas Unidades de Saúde, com relatório de referência / contra-referência, entre outras instituições, bem como demanda espontânea.

Obs.: É referência para orientação e discussão em saúde mental junto aos Distritos Sanitários / UABS / PSF das regiões mencionadas.

Rua Serra dos Órgãos, Quadra 48, Lote 33-34 - Jardim Petrópolis
CEP: 74.460-250 telefax: 3597-2214 /3597-5040

CAIS Bairro Goiá

Atendimento, pelo profissional psicólogo, de crianças, adolescentes e adultos residentes em Goiânia, apresentando transtornos mentais e comportamentais (teleagendamento).

Av. Santa Maria, s/N., Condomínio Santa Rita - Bairro Goiá
CEP:74.485-500 fone: 3524-8200/3524-8201/3524-8202/3292-3437/3292-2255

DISTRITO SANITÁRIO SUDOESTE

Rua Cassimiro de Abreu, Quadra 03, Lote 14 - Parque Anhanguera
fone: 3524- 1636/ 3524-1635

CAPS BEIJA-FLOR

Unidade especializada em saúde mental, com equipe multiprofissional, para atendimento de adultos (acima de 18 anos), residentes em Goiânia, apresentando

DISTRITO SANITÁRIO SUDOESTE (cont.)

transtornos mentais (residentes nas regiões Sudoeste e Região Campinas).

Acolhe pessoas por demanda referenciada pelas Unidades de Saúde, com relatório de referência / contra-referência, entre outras instituições, bem como demanda espontânea.

Obs.: É referência para orientação e discussão em saúde mental junto aos Distritos Sanitários / UABS / PSF das regiões mencionadas.

Alameda Presidente Baldomir, Chácara 07 - Jardim Presidente

CEP: 74.353-030

fone: 3524-1646/3901-1223/3290-7665

CIAMS Novo Horizonte

Atendimento, pelo profissional psicólogo, de crianças, adolescentes e adultos residentes em Goiânia, apresentando transtornos mentais e comportamentais (teleagendamento).

Rua Engenheiro José Martins Filho, s/N. - Novo Horizonte

CEP:74.363-780

fone: 3524-8220/3524-8221/3524-8222

DISTRITO SANITÁRIO SUL

Praça C-221 esquina c/ Rua C-224, s/N. - Setor Jardim América

fone: 3524-1610/3524-1632

CAPSi ÁGUA VIVA

Unidade especializada em saúde mental, com equipe multiprofissional, para atendimento de crianças e adolescentes (até 18 anos), apresentando transtornos mentais ou vítimas de violência, residentes em Goiânia.

Acolhe pessoas por demanda referenciada pelas Unidades de Saúde, Conselhos Tutelares, Escolas, hospitais, entre outros, bem como demanda espontânea.

Obs.: É referência para orientação e discussão em saúde mental junto às diversas entidades e organizações da sociedade, em relação a crianças e adolescentes apresentando transtornos mentais ou vítimas de violência.

Rua 115, N. 341, Chácara 03 - Setor Sul

CEP: 74.085-240

fone: 3524-1660/3524-1661/3524-1662

CAPSi AD GIRASSOL

Unidade especializada em saúde mental, com equipe multiprofissional, para atendimento de crianças e adolescentes (até 18 anos), residentes em Goiânia, relacionado ao uso de álcool e outras drogas.

Acolhe pessoas por demanda referenciada pelas Unidades de Saúde, Conselhos Tutelares, Escolas, hospitais, entre outros, bem como demanda espontânea.

Obs: É referência para Goiânia nas discussões e orientações em saúde mental - álcool e drogas, de população infantojuvenil.

Rua R-5, Quadra 07, Lote 03 - Setor Oeste

CEP: 74.125-070

fone: 3524-2489/ 3524-2419

CAPS AD CASA

Unidade especializada em saúde mental, com equipe multiprofissional, para atendimento de adultos (acima de 18 anos), residentes em Goiânia, relacionado ao uso de álcool e outras drogas.

Acolhe pessoas por demanda referenciada pelas Unidades de Saúde, hospitais, com relatório de referência / contra - referência, entre outras instituições, bem como demanda espontânea.

Obs.: É referência para Goiânia em discussões e orientações em saúde mental - álcool e drogas, de população adulta.

Rua 104 (quase esquina c/ 84), N. 587 - Setor Sul fone: 3524-1739/1703

CAPS VIDA

Unidade especializada em saúde mental, com equipe multiprofissional, para atendimento de adultos (acima de 18 anos), residentes em Goiânia, apresentando transtornos mentais (residentes nas regiões Sul/Sudeste, Central e Meia Ponte).

Acolhe pessoas por demanda referenciada pelas Unidades de Saúde, com relatório de referência / contra-referência, entre outras instituições, bem como demanda espontânea.

Obs: É referência para orientação e discussão em saúde mental junto aos Distritos Sanitários / UABS / PSF das regiões mencionadas.

Rua 1128, Quadra 233, Lote 08 - Setor Marista fone: 3524-1650/3524-1651

AMBULATÓRIO MUNICIPAL DE PSIQUIATRIA

Unidade especializada em saúde mental, com equipe multiprofissional, para atendimento de adultos (acima de 18 anos), apresentando transtornos mentais, residentes em Goiânia ou municípios pactuados.

Atendimento inicial é agendado através do teleagendamento.

Os retornos ao Ambulatório são agendados pela própria unidade.

O agendamento dos usuários de municípios pactuados com Goiânia, deve ser feito via telefone pelo Município de origem junto à Central de Vagas.

Rua 132 , N. 159, Quadra F-02, Lote 51 - Setor Sul

fone: 3524-1690/3524-1694/1693

CIAMS do Jardim América

Atendimento, pelo profissional psicólogo, de crianças, adolescentes e adultos residentes em Goiânia, apresentando transtornos mentais e comportamentais (teleagendamento).

Praça C-201, S/N. - St. Jd. América fone: 3524-8210/3524-8211/3524-8213

CIAMS do Setor Pedro Ludovico

Atendimento, pelo profissional psicólogo, de crianças, adolescentes e adultos residentes em Goiânia, apresentando transtornos mentais e comportamentais (teleagendamento).

Av.5. Radial, Quadra 216-A, Lote 04 - Setor Pedro Ludovico

CEP: 74.823-030

fone: 3524-1676/3524-1677/3524-1672

GERARTE I - Associação de Trabalho e Produção Solidária da Saúde Mental de Goiânia

Tem como objetivo a inclusão social através do trabalho e da geração de renda, seguindo os princípios da Economia Solidária. Os encaminhamentos se fazem através dos CAPS.

Rua 24, Quadra H-11, Lote 7 - Setor Marista fone: 3524 -1523

Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc

(unidade de urgência e emergência psiquiátrica)

Atendimento de pessoas de todas as faixas etárias, nas situações de urgência ou emergência psiquiátrica.

Acolhe pessoas por demanda referenciada pelas Unidades de Saúde, com relatório de referência / contra - referência, bem como demanda espontânea.

Rua T-3, N. 600 - Setor Bueno fone: 3524-8286/3524-8287

DISTRITO SANITÁRIO NOROESTE

Av. do Povo, Quadra 81, Área Publica - Vila Mutirão

CEP: 74480-110 fone:35932819/2228/2902

CAIS do Setor Cândida de Morais

Atendimento, pelo profissional psicólogo, de crianças, adolescentes e adultos residentes em Goiânia, apresentando transtornos mentais e comportamentais (teleatendimento).

Av. Perimetral Norte esquina c/ CM 08, Quadra 9-B, Lote 01, s/N. - Setor Cândida de Morais

fone: 3524-1940/ 3524-1941/3524-1942/3292-1944

CAIS Finsocial

Atendimento, pelo profissional psicólogo, de crianças, adolescentes e adultos residentes em Goiânia, apresentando transtornos mentais e comportamentais (teleatendimento).

Rua VF-64, Quadra 49 - Vila Finsocial

fone: 3524-3530/3524-3531/3524-3532/3292-3533

CAIS Curitiba

Atendimento, pelo profissional psicólogo, de crianças, adolescentes e adultos residentes em Goiânia, apresentando transtornos mentais e comportamentais (teleatendimento).

Rua J-C, Área V, N.13 - Jd.Curitiba II-1º

fone: 3524-2560/ 3524-2561/ 3524-2562/3595-2461

DISTRITO SANITÁRIO NOROESTE (cont.)

MATERNIDADE NASCER CIDADÃO

Atendimento de gestantes, através de demanda espontânea e interna.

Av. Oriente, Área Pública 09 - Jardim Curitiba III

CEP: 74431-340

fones : 3298-1214 (PABX) / 3298-1419 / 3298-2950 / 3298-2952 / 3298-4001
/3298-4112/3581-5512/3595-2830 (DIRETORIA) 3581-5622 (SERVIÇO SOCIAL)
3595-5833 (BANCO DE LEITE)

SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Serviço Residencial Terapêutico Esperança (Mendanha) - Masculina

Avenida São Luiz, Quadra 42, Lote 07 - Jardim Petrópolis

fone: 3597-2948

Serviço Residencial Terapêutico Esperança (Mendanha) - Feminina

Avenida São Luiz, Quadra 42, Lote 04 - Jardim Petrópolis

fone: 3297-8930

Serviço Residencial Terapêutico Novo Mundo - Masculina

Av. Desvio Marcélia, Quadra 242, Lote 18 - Jardim Novo Mundo

fone: 3565-8030

Serviço Residencial Terapêutico Beija-Flor - Feminina

Rua F-6, Quadra 26, Lote 12 - Setor Faiçalville

fone: 3289-3230

Serviço Residencial Terapêutico Beija-Flor - Feminina

Rua F-08, Quadra 34, Lote 17 - Setor Faiçalville

fone: 3290-6031/3230

ANEXO III

REGIÕES DE SAÚDE EM GOIÁS	
Colegiados de Gestão Regional (CGR)	Municípios integrantes
1. Central	Abadia de Goiás
	Anicuns
	Araçu
	Avelinópolis
	Brazabranes
	Campreste de Goiás
	Caturai
	Damolândia
	Goiânia
	Goianira
	Guapó
	Inhumas
	Itaçu
	Jesúpolis
	Nazário
	Nerópolis
	Nova Veneza
	Ouro Verde de Goiás
Petrolina de Goiás	
Santa Bárbara de Goiás	
Santa Rosa de Goiás	

1. Central (cont.)	Santo Antônio de Goiás
	São Francisco de Goiás
	Taquaral de Goiás
	Trindade

2. Centro Sul	Aparecida de Goiânia
	Aragoiânia
	Bela Vista de Goiás
	Bonfinópolis
	Caldazinha
	Cezarina
	Cristianópolis
	Cromínia
	Edealina
	Edéia
	Hidrolândia
	Indiara
	Jandaia
	Leopoldo de Bulhões
	Mairipotaba
	Orizona
	Piracanjuba
	Pontalina
	Professor Jamil
	São Miguel do Passa Quatro
Senador Canedo	
Silvânia	
Varjão	
Vianópolis	
Vicentinópolis	

3.Entorno Norte	Água Fria de Goiás
	Alvorada do Norte
	Buritópolis
	Cabeceiras
	Damianópolis
	Flores de Goiás
	Formosa
	Guarani de Goiás
	Iaciara
	Mambai
	Nova Roma
	Planaltina
	Posse
	São João D'aliança
Simolândia	
Sítio D'abadia	
Vila Boa	
4.Entorno Sul	Águas Lindas de Goiás
	Cidade Ocidental
	Cristalina
	Luziânia
	Novo Gama
	Santo Antônio do Descoberto
	Valparaíso de Goiás
5.Estrada de Ferro	Anhanguera
	Caldas Novas
	Campo Alegre de Goiás
	Catalão
	Corumbáiba
	Cumari
	Davinópolis

5.Estrada de Ferro (cont.)	Goiandira
	Ipameri
	Marzagão
	Nova Aurora
	Ouvidor
	Palmelo
	Pires do Rio
	Rio Quente
	Santa Cruz de Goiás
	Três Ranchos
	Urutaí
6.Nordeste	Alto Paraíso de Goiás
	Campos Belos
	Cavalcante
	Divinópolis de Goiás
	Monte Alegre de Goiás
	São Domingos
	Teresina de Goiás
7.Norte	Bonópolis
	Campinaçu
	Estrela do Norte
	Formoso
	Minaçu
	Montividiu do Norte
	Mundo Novo
	Mutunópolis
	Novo Planalto
	Porangatu
	Santa Tereza de Goiás
	São Miguel do Araguaia
	Trombas

8.Oeste I	Amorinópolis
	Aragarças
	Arenópolis
	Baliza
	Bom Jardim de Goiás
	Diorama
	Fazenda Nova
	Iporá
	Israelândia
	Ivolândia
	Jaupaci
	Moiporá
	Montes Claros de Goiás
	Novo Brasil
	Palestina de Goiás
Piranhas	

9.Oeste II	Adelândia
	Aurilândia
	Buriti de Goiás
	Cachoeira de Goiás
	Córrego do Ouro
	Firminópolis
	Palmeiras de Goiás
	Palminópolis
	Paraúna
	Sanclerlândia
	São João da Paraúna
	São Luís de Montes Belos
	Turvânia

10.Pirineus	Abadiânia
	Alexânia
	Anápolis
	Campo Limpo de Goiás
	Cocalzinho de Goiás
	Corumbá de Goiás
	Gameleira de Goiás
	Goianápolis
	Mimoso de Goiás
	Padre Bernardo
	Pirenópolis
	Terezópolis de Goiás

11.Rio Vermelho	Americano do Brasil
	Araguapaz
	Aruanã
	Britânia
	Faina
	Goiás
	Guaraíta
	Heitorai
	Itaberaí
	Itaguari
	Itapirapuã
	Itapuranga
	Jussara
	Matrinchã
	Mossâmedes
	Mozarlândia
Nova Crixás	
Santa Fé de Goiás	

12.São Patrício	Barro Alto
	Campos Verdes
	Carmo do Rio Verde
	Ceres
	Crixás
	Goianésia
	Guarinos
	Ipiranga de Goiás
	Itaguaru
	Itapaci
	Jaraguá
	Morro Agudo de Goiás
	Nova América
	Nova Glória
	Pilar de Goiás
	Rialma
	Rianópolis
	Rubiataba
	Santa Isabel
	Santa Rita do Novo Destino
	Santa Terezinha de Goiás
	São Luiz do Norte
	São Patrício
Uirapuru	
Uruana	
Vila Propício	
13.Serra da Mesa	Alto Horizonte
	Amaralina
	Campinorte
	Colinas do Sul
	Hidrolina

13.Serra da Mesa (cont.)	Mara Rosa
	Niquelândia
	Nova Iguaçu de Goiás
	Uruaçu
14.Sudoeste I	Acreúna
	Aparecida do Rio Doce
	Cachoeira Alta
	Caçu
	Castelândia
	Itajá
	Itarumã
	Lagoa Santa
	Maurilândia
	Montividiu
	Paranaiguara
	Quirinópolis
	Rio Verde
	Santa Helena de Goiás
Santo Antônio da Barra	
São Simão	
Turvelândia	
15.Sudoeste II	Aporé
	Caiapônia
	Chapadão do Céu
	Doverlândia
	Jataí
	Mineiros
	Perolândia
	Portelândia
	Santa Rita do Araguaia
	Serranópolis

16.Sul	Água Limpa
	Aloândia
	Bom Jesus de Goiás
	Buriti Alegre
	Cachoeira Dourada
	Goiatuba
	Gouvelândia
	Inaciolândia
	Itumbiara
	Joviânia
	Morrinhos
	Panamá
	Porteirão

ANEXO IV

PROCEDIMENTO PARA IMPLANTAÇÃO DE CAPS (Diretrizes do Ministério da Saúde)⁸⁵

Observado o critério populacional e a demanda no município para a escolha do tipo de CAPS mais adequado, o gestor municipal deve solicitar o incentivo antecipado ao Ministério da Saúde (MS), por meio de ofício, com cópia para a respectiva Secretaria de Estado da Saúde, com os seguintes documentos (nos termos da Portaria MS n. 245/05):

I - projeto terapêutico do serviço;

II- cópia das identidades profissionais dos técnicos compondo equipe mínima, segundo as diretrizes da Portaria MS n. 336/02;

III - termo de compromisso do gestor local assegurando o início do funcionamento do CAPS em até 3 (três) meses após o recebimento do referido incentivo financeiro;

IV - proposta técnica de aplicação dos recursos.

Caso os CAPS não sejam implantados no prazo de 90 dias, os recursos recebidos deverão ser devolvidos ao Ministério da Saúde.

Para solicitar o cadastramento do serviço junto ao Ministério da Saúde, o gestor deve seguir os procedimentos abaixo: (nos termos das Portarias n. 336/02-MS e n. 189/02-SAS)

1) Requerer à Comissão Intergestores Bipartite, por meio do Secretário de Estado da Saúde, a aprovação do pedido de

⁸⁵ Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela>.

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.

ANEXO V

MATERIAL DE APOIO

PLANO DE AÇÃO

Plano de Ação					
	Atividade	Prazo		Responsável	Status
		Previsto	Realizado		
1.1	Expedir recomendação ao CMDCA para que delibere sobre as políticas públicas destinadas a crianças e adolescentes usuários de drogas e suas respectivas famílias.				
1.2	Expedir recomendação ao Poder Executivo Municipal para elaboração de plano e/ou programa municipal de diagnóstico, atendimento, encaminhamento e tratamento de crianças e adolescentes usuários de álcool ou outras drogas e suas famílias.				
2	Reunião com as Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social para discutir soluções para as deficiências identificadas no diagnóstico recomendado sobre a rede de atendimento local a crianças e adolescentes usuários de drogas e suas famílias, bem como estabelecer metas para sua adequação.				
3	Celebrar TAC com o município, figurando como anuentes o CMDCA e as Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social e Educação, para adequação da política municipal de atendimento de crianças e adolescentes usuários de drogas e suas respectivas famílias, com enfoque na prevenção, tratamento e recuperação de crianças e adolescentes em dependência de drogas, inclusive em relação às chamadas "drogas lícitas", como o cigarro e o álcool.				
4	Ajuizar Ação Civil Pública.				



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

RECOMENDAÇÃO AO CHEFE DO PODER EXECUTIVO E SECRETARIAS

O **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS**, neste ato representado pelo(a) Promotor(a) de Justiça da Infância e Juventude da Comarca de _____/GO, Dr. _____, no uso de suas atribuições legais, com fundamento no artigo 27, inciso IV, da Lei n. 8.625, de 12 de fevereiro de 1993 (Lei Orgânica Nacional do Ministério Público), artigo 201, § 5º, alínea “c” do Estatuto da Criança e do Adolescente, e no art. 60, II da Lei Complementar n. 25/1998 (Lei Orgânica Estadual do Ministério Público de Goiás) e

CONSIDERANDO que, na forma do artigo 227, *caput*, da Constituição Federal, é dever do Estado, por intermédio dos mais diversos setores da administração, destinar a crianças e adolescentes **absoluta prioridade de atendimento**, de modo a proporcionar-lhes o efetivo e integral exercício de seus direitos fundamentais, dentre os quais se inclui o direito à saúde;

CONSIDERANDO que a garantia de prioridade absoluta abrange, dentre outras, a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública, a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas e a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à criança e ao adolescente, o que abrange as ações, serviços públicos e programas de saúde, conforme o artigo 4º e parágrafo único da Lei n. 8.069/1990;

Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude – MP-GO
Rua 23, esq. c/ Av. B, Qd. A, Lts. 1/24, sala T-02
Jardim Goiás, Goiânia/GO, CEP 74805-100
Fone: (62) 3243-8030



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

CONSIDERANDO que toda criança e adolescente tem direito de ser criado e educado no seio da sua família natural e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, **em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes** (artigo 19 da Lei n. 8.069/1990);

CONSIDERANDO que o direito à proteção especial inclui a implementação de “programas de prevenção e atendimento especializado à criança e ao adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins”, nos termos do artigo 227, § 3º, inciso VII, da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que o artigo 101, inciso VI, da Lei n. 8.069/1990, relaciona como medida de proteção aplicável a crianças e adolescentes em situação de risco a “inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos”, em regime ambulatorial e hospitalar, conforme artigo 101, inciso V, do mesmo Diploma;

CONSIDERANDO que a saúde é direito de todos e dever do Estado, nos termos do artigo 196, da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que a municipalização no atendimento às crianças e adolescentes é diretriz do Estatuto da Criança e do Adolescente, nos termos do artigo 88, inciso I, da Lei n. 8.069/1990;

CONSIDERANDO que para o efetivo cumprimento do comando jurídico-constitucional relativo ao atendimento de crianças

Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude – MP-GO
Rua 23, esq. c/ Av. B, Qd. A, Lts. 1/24, sala T-02
Jardim Goiás, Goiânia/GO, CEP 74805-100
Fone: (62) 3243-8030



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

e adolescentes usuários de drogas com a mais absoluta prioridade faz-se necessária a adequação dos serviços públicos, bem como a previsão no orçamento dos órgãos encarregados da execução das políticas públicas, dos recursos necessários ao atendimento de tais demandas, com o máximo de urgência e profissionalismo;

CONSIDERANDO a carência de políticas públicas municipais e programas de atendimento, em caráter prioritário, a crianças e adolescentes usuários de drogas e suas respectivas famílias;

CONSIDERANDO que a política pública em comento deve ser elaborada com a participação do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, preferencialmente mediante articulação com os Conselhos Municipais de Políticas Públicas sobre Drogas, Saúde e Assistência Social, além de outros órgãos vinculados às áreas da saúde, educação e assistência social, conforme artigos 86, 88, inciso II, do Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 172, inciso IV, da Constituição do Estado de Goiás e artigo 227, § 7º c/c 204, da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que, segundo os artigos 5º, 208 e 216, da Lei n. 8.069/1990, a não elaboração ou implementação de políticas públicas, bem como o não oferecimento ou a oferta irregular de ações, programas e serviços a ela atinentes implica na responsabilidade civil e administrativa dos agentes públicos omissos;

CONSIDERANDO que o atendimento de crianças e adolescentes em estado de dependência de drogas e de suas famílias deve ser prestado espontânea e prioritariamente pelos órgãos



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

públicos das áreas da saúde e assistência social, independentemente de ordem judicial ou mesmo da intervenção do Conselho Tutelar, devendo ser proporcionado ao paciente o tratamento adequado às suas necessidades específicas, conforme inteligência do artigo 100, *caput* e parágrafo único, incisos VI, VII e VIII, da Lei n. 8069/1990;

CONSIDERANDO que semelhante orientação é válida mesmo quando necessária a internação psiquiátrica de criança ou adolescente que, na forma do disposto na Lei n. 10.216/2001, depende de expressa indicação médica para essa modalidade de tratamento, devendo a comunicação ao Ministério Público ser efetuada apenas num momento posterior à sua efetivação (artigo 8º, § 1º, Lei 10.216/2001);

CONSIDERANDO que a Lei 10.216/2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, assegura aos usuários de serviços de saúde mental (inclusive aos que sofrem por transtornos decorrentes do uso indevido de álcool e outras drogas) a universalidade de acesso ao tratamento e à assistência, valorizando a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários;

CONSIDERANDO o cenário epidemiológico atual, que evidencia o crescente consumo por crianças e adolescentes de substâncias psicoativas que causam dependência, geralmente associados a um contexto de vulnerabilidade das famílias, com a geração de sérios impactos sociais e de saúde que impõem um conjunto articulado de ações multidisciplinares, intra e intersetoriais de prevenção de agravos e proteção;

Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude – MP-GO
Rua 23, esq. c/ Av. B, Qd. A, Lts. 1/24, sala T-02
Jardim Goiás, Goiânia/GO, CEP 74805-100
Fone: (62) 3243-8030



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

CONSIDERANDO que, diante do quadro anteriormente traçado, faz-se necessária a implementação de políticas públicas visando à integração e à articulação dos diversos atores do Sistema de Saúde, Educação e Assistência Social para o atendimento a crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas no Município;

CONSIDERANDO a necessidade de implementação de **fluxo de atendimento a crianças e adolescentes**, com capilarização dos serviços públicos especializados, que abranja a articulação entre os diversos serviços e órgãos municipais que atuam no atendimento do público infantojuvenil, em especial através da integração entre os serviços de saúde, educação e assistência social;

CONSIDERANDO que o **Conselho Tutelar é autoridade pública investida, por lei, de poder de requisição** (artigo 136, inciso III, “a”, da Lei n. 8.069/1990) e que o descumprimento de suas determinações e requisições importa, em tese, na prática da infração administrativa prevista no artigo 249, do Estatuto da Criança e do Adolescente;

CONSIDERANDO que ao Ministério Público foi dada legitimação ativa para a defesa extrajudicial e judicial dos interesses e direitos atinentes à infância e juventude, conforme artigos 127 e 129, inciso II, ambos da Constituição Federal, e artigos 201, incisos V e VIII e 210, inciso I, ambos da Lei 8.069/1990,

Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude – MP-GO
Rua 23, esq. c/ Av. B, Qd. A, Lts. 1/24, sala T-02
Jardim Goiás, Goiânia/GO, CEP 74805-100
Fone: (62) 3243-8030

RECOMENDA

1. AO MUNICÍPIO, NA PESSOA DO CHEFE DO PODER EXECUTIVO MUNICIPAL:

1.1 Que, com a participação das Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social e Educação, em parceria com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e do Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas (se houver), sem prejuízo da participação de outros órgãos ou entidades com atribuições afins, elabore, **no prazo de 60 (sessenta) dias**, um **Plano Municipal** de diagnóstico, prevenção, atendimento, encaminhamento, tratamento e reabilitação de crianças e adolescentes em dependência de drogas e respectivas famílias, que contemple, dentre outras medidas:

- a) o **levantamento** das entidades e serviços públicos ou particulares especializados no atendimento, tratamento e reabilitação de crianças e adolescentes usuários de drogas e suas famílias, nas circunscrições do Município e nas municipalidades mais próximas;
- b) a realização de **campanha, mobilização e ações preventivas, inclusive no meio escolar**, objetivando promover conscientização sobre os fatores de risco que motivam o uso de drogas (lícitas - como o cigarro e o álcool - e ilícitas), bem como os malefícios causados, tendo como público-alvo crianças, adolescentes e respectivas famílias;

c) a definição de um **fluxo operacional de atendimento e encaminhamento** de crianças e adolescentes em dependência de drogas e suas respectivas famílias, que contemple ações articuladas e integradas entre os órgãos de educação, saúde e assistência social, nos moldes do previsto no artigo 86, da Lei n. 8.069/1990;

d) a implementação da **rede de atenção básica, inclusive Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹ e Consultórios na Rua**, e dos **serviços extra-hospitalares especializados de atenção em saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial ou equivalentes)** para atendimento de crianças e adolescentes em dependência de álcool ou outras drogas, de porte local ou regionalizado (por intermédio de consórcio intermunicipal), tais como CAPS I e CAPS AD III, conforme as Portarias do Ministério da Saúde²;

e) a implementação de **unidade pública para acolhimento³** de crianças e adolescentes em dependência de drogas, de porte local ou regionalizado (via consórcio intermunicipal), conforme o regramento estabelecido pelo Ministério da Saúde, ou a celebração de convênio com entidades governamentais ou não governamentais para o oferecimento do referido serviço;

¹ Equipe composta por diversos profissionais, conforme especificado na Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, sendo recomendado que o NASF conte com médico psiquiatra e/ou outros profissionais da área de saúde mental (Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde).

² Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012, e Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, ambas do Ministério da Saúde.

³ Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde.

f) a habilitação e o funcionamento, em âmbito local ou regionalizado (via consórcio), de **serviços hospitalares de referência e enfermarias especializadas em Hospital Geral** para a atenção integral de crianças e adolescentes em dependência de álcool ou outras drogas, conforme as Portarias do Ministério da Saúde⁴;

g) a estruturação dos serviços de **atenção de urgência e emergência** (SAMU 192, salas de estabilização, UPA 24hs, pronto-socorro, unidade básica de saúde, etc.), além de **estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial**, consoante as diretrizes do Ministério da Saúde;

h) a realização de **convênios** com entidades públicas ou particulares idôneas, eventualmente necessários à efetivação do atendimento, tratamento e reabilitação de crianças e adolescentes usuários de drogas;

i) a adequação dos serviços de saúde, assistência social e educação para o efetivo encaminhamento, atendimento e reabilitação **prioritários** de crianças e adolescentes em dependência de drogas, em regime ambulatorial ou hospitalar, conforme o caso;

j) a qualificação de profissionais das áreas de saúde, assistência social e educação para encaminhamento, atendimento,

⁴ Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde.

tratamento e reabilitação de crianças e adolescentes em dependência de drogas e suas respectivas famílias;

k) a criação de serviços de orientação, apoio psicológico e acompanhamento de crianças e adolescentes em dependência de drogas e suas famílias, assegurado, em qualquer caso, o atendimento prioritário;

l) a coleta e sistematização de dados relativos ao uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes, com o monitoramento permanente dos programas e ações desenvolvidas e a reavaliação, a cada 06 (seis) meses, de sua efetividade.

1.2. Que encaminhe, **no prazo de 90 (noventa) dias**, projeto de lei para criação do referido plano à Câmara Municipal de Vereadores, para os trâmites legais;

1.3. Que promova a **adequação do orçamento público em execução**, assim como das propostas de leis orçamentárias, para os exercícios subsequentes, visando contemplar os recursos públicos necessários à implementação das ações anteriormente referidas, observado o princípio jurídico-constitucional da prioridade absoluta à criança e ao adolescente;

1.4. Que encaminhe ao **Ministério Público do Estado de Goiás, no prazo de 30 (trinta) dias, informações acerca da rejeição da presente recomendação ou das providências adotadas para seu cumprimento.**



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

2. ÀS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL

2.1. Que promovam, entre si, uma atuação intersetorial, com o objetivo de elaborar, em parceria com o Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA) e o Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas (se houver), no prazo de 60 (sessenta) dias, o **plano municipal** de diagnóstico, prevenção, atendimento, encaminhamento, tratamento e reabilitação de crianças e adolescentes em dependência de drogas, contemplando:

a) a implementação de **fluxo operacional de atendimento e encaminhamento** com previsão de atuação integrada dos serviços de saúde, assistência social e educação;

b) a implementação das medidas e serviços elencados no item 1.1;

2.2. Que a internação psiquiátrica voluntária ou involuntária de crianças e adolescentes seja efetuada mediante **expressa recomendação médica** (em laudo circunstanciado que caracterize os seus motivos), bem como a partir do consentimento do usuário ou a pedido de terceiro, conforme o caso, **independentemente de ordem judicial**, nos moldes do preconizado pelos arts. 6º, *caput* e parágrafo único e seguintes, da Lei n. 10.216/2001;

2.3. Que o atendimento e o tratamento de crianças e adolescentes em dependência de drogas e suas famílias, assim como eventuais encaminhamentos e requisições de serviços para o

Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude – MP-GO
Rua 23, esq. c/ Av. B, Qd. A, Lts. 1/24, sala T-02
Jardim Goiás, Goiânia/GO, CEP 74805-100
Fone: (62) 3243-8030



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

mesmo público, recebam a tramitação **prioritária** preconizada pela Lei n. 8.069/1990 e pela Constituição Federal;

2.4. Que todos os programas e serviços a cargo das Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Assistência Social sejam adequados ao princípio da prioridade absoluta à criança e ao adolescente e demais regras, princípios e diretrizes previstas na Lei n. 8.069/1990, em observância ao disposto no artigo 4º, *caput* e parágrafo único, alíneas “b”, “c” e “d”, c/c artigo 259, parágrafo único, do citado Diploma Legal e artigo 227, *caput*, da Constituição Federal;

2.5. Que, quando da elaboração da proposta orçamentária dos setores de saúde, educação e assistência social para o ano de 20XX, sejam contemplados recursos públicos necessários à implementação das ações anteriormente referidas, observando o princípio constitucional da prioridade absoluta à criança e ao adolescente;

2.6. Que encaminhem ao Ministério Público do Estado de Goiás, no prazo de 30 (trinta) dias, informações acerca da rejeição da presente recomendação ou das providências adotadas para o seu cumprimento.

A não observância da presente recomendação enseja a adoção das medidas judiciais cabíveis para garantir a adequação dos serviços de saúde, educação e assistência social do Município às necessidades específicas da população infantojuvenil local e ao



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

aludido princípio constitucional da prioridade absoluta, sem prejuízo da responsabilização civil, administrativa ou criminal dos agentes omissos.

_____, _____, de _____ de 20__.

Promotor de Justiça

Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude – MP-GO
Rua 23, esq. c/ Av. B, Qd. A, Lts. 1/24, sala T-02
Jardim Goiás, Goiânia/GO, CEP 74805-100
Fone: (62) 3243-8030



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

RECOMENDAÇÃO AO CONSELHO MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Assunto: Políticas públicas para crianças e adolescentes usuários de drogas

O **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS**, neste ato representado pelo Promotor de Justiça da Infância e Juventude da Comarca _____/GO, Dr. _____, nos termos dos artigos 129, incisos III e IX da Constituição Federal de 1988, 201, incisos V, VIII e § 5º, alínea “c”, do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069/1990), e 25, inciso IV, alínea “a” da Lei Orgânica Nacional do Ministério Público (Lei n. 8.625/1993), e:

CONSIDERANDO que, na forma do artigo 227, *caput*, da Constituição Federal, é dever do Estado destinar a crianças e adolescentes **absoluta prioridade de atendimento**, de modo a proporcionar-lhes o efetivo e integral exercício de seus direitos fundamentais, dentre os quais se inclui o direito à saúde;

CONSIDERANDO que a garantia de prioridade absoluta abrange, dentre outras, a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública, a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas e a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção

Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude – MP-GO
Rua 23, esq. c/ Av. B, Qd. A, Lts. 1/24, sala T-02
Jardim Goiás, Goiânia/GO, CEP 74805-100
Fone: (62) 3243-8030



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

à criança e ao adolescente, o que abrange as ações, os serviços públicos e os programas de saúde (conforme o artigo 4º e parágrafo único da Lei n. 8.069/1990);

CONSIDERANDO que o direito à proteção especial inclui a implementação de “**programas de prevenção e atendimento especializado à criança e ao adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins**” (nos termos do artigo 227, § 3º, inciso VII, da Constituição Federal);

CONSIDERANDO que o artigo 101, inciso VI, da Lei n. 8.069/1990 relaciona como medida de proteção aplicável a crianças e adolescentes em situação de risco a “inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos”, em regime ambulatorial e hospitalar (conforme artigo 101, inciso V, do mesmo Diploma);

CONSIDERANDO que a municipalização no atendimento às crianças e adolescentes é diretriz do Estatuto da Criança e do Adolescente (nos termos do artigo 88, inciso I, da Lei n. 8.069/1990);

CONSIDERANDO que o efetivo atendimento prioritário de crianças e adolescentes usuários de drogas pressupõe a adequação dos serviços públicos e a previsão, no orçamento dos órgãos encarregados da execução das políticas públicas, dos recursos necessários, admitindo-se, suplementarmente, o uso de recursos do Fundo Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (em conformidade com os artigos 4º, *caput* e parágrafo único, alínea “d”, 90, § 2º, 100, parágrafo único, inciso III e 260, § 5º, da Lei n. 8.069/1990);

CONSIDERANDO que o artigo 227, § 3º, inciso VII, da Constituição Federal, dispõe de maneira expressa que o **direito à proteção especial** compreende, dentre outras, a implementação de “*programas de prevenção e atendimento especializado à criança ou adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins*”;

CONSIDERANDO que o artigo 196, da Constituição Federal, exaustivamente repetido na legislação infraconstitucional, especialmente nas Leis Orgânicas da Saúde e da Seguridade Social, determina que a saúde, direito de todos, “*é dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”;

CONSIDERANDO o cenário epidemiológico atual, que evidencia o crescente consumo por crianças e adolescentes de substâncias psicoativas que causam dependência, geralmente associados a um contexto de vulnerabilidade das famílias, com geração de sérios impactos sociais e de saúde que impõem um conjunto articulado de ações multidisciplinares, intra e intersetoriais de prevenção de agravos e proteção;

CONSIDERANDO que o uso indevido de drogas ocasiona danos à saúde de crianças e adolescentes, aumenta o risco de violação de seus direitos fundamentais e, dentre outros, pode levar à exploração sexual, à exploração do trabalho, ao aliciamento para a prática de atos infracionais, ao rompimento dos vínculos familiares e à evasão escolar;

CONSIDERANDO que o Conselho Municipal de Direitos da



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

Criança e do Adolescente é órgão normativo, consultivo, deliberativo e fiscalizador das políticas de promoção e defesa da infância e da adolescência, com o dever de cumprir e fazer cumprir, em âmbito municipal, o Estatuto da Criança e do Adolescente e as normas constitucionais pertinentes, conforme o artigo 88, inciso II, da Lei n. 8.069/1990;

CONSIDERANDO que o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente tem o poder-dever de participar do processo de discussão e elaboração das propostas de leis orçamentárias, de modo que suas deliberações sejam efetivamente incorporadas nas referidas leis;

CONSIDERANDO a carência de políticas públicas municipais e programas de atendimento, em caráter prioritário, a crianças e adolescentes usuários de drogas e suas respectivas famílias;

CONSIDERANDO que a política pública em comento deve ser objeto de deliberação pelo Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, mediante articulação com os Conselhos Municipais de Saúde, Assistência Social e Políticas Públicas sobre Drogas (conforme artigos 86, 88, inciso II, do Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 172, inciso IV, da Constituição do Estado de Goiás e artigo 227, § 7º c/c 204, da Constituição Federal);

CONSIDERANDO que, segundo os artigos 5º, 208 e 216, da Lei n. 8.069/1990, a não elaboração ou implementação de políticas públicas, bem como o não oferecimento ou a oferta irregular de ações, programas e serviços a ela atinentes implica na responsabilidade civil e administrativa dos agentes públicos omissos;



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

CONSIDERANDO, por fim, que ao Ministério Público foi dada legitimação ativa para a defesa judicial e extrajudicial dos interesses e direitos atinentes à infância e juventude, conforme artigos 127 e 129, inciso II, alínea “m”, da Constituição Federal, e artigos 201, incisos V e VIII e 210, inciso I da Lei n. 8.069/1990;

RECOMENDA

Ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente do Município de _____:

1. deliberar sobre as políticas públicas destinadas a prevenção, atendimento, encaminhamento, tratamento e reabilitação de crianças e adolescentes usuários de drogas lícitas ou ilícitas e suas respectivas famílias, em caráter preferencial, nos termos do artigo 227, da Constituição Federal;

2. instar as Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Assistência Social, assim como o Conselho Tutelar e os Conselhos Municipais de Políticas Públicas sobre Drogas e áreas afins a participarem das deliberações;

3. protocolizar junto à Prefeitura e à Câmara Municipal as deliberações do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente em relação às políticas sociais públicas a serem implementadas em benefício da população infantojuvenil para prevenção de agravos, atendimento, encaminhamento, tratamento e reabilitação de crianças e adolescentes em dependência de drogas;

Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude – MP-GO
Rua 23, esq. c/ Av. B, Qd. A, Lts. 1/24, sala T-02
Jardim Goiás, Goiânia/GO, CEP 74805-100
Fone: (62) 3243-8030



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

4. requerer junto à Prefeitura Municipal a previsão dos recursos necessários ao atendimento das referidas deliberações nos projetos de leis orçamentárias;

5. participar efetivamente do processo de discussão e elaboração das propostas de Leis Orçamentárias;

6. acompanhar anualmente as execuções orçamentárias, buscando a efetiva implementação das políticas públicas de prevenção de agravos, atendimento, encaminhamento, tratamento e reabilitação de crianças e adolescentes em estado de dependência de drogas, em regime de prioridade absoluta;

7. promover, dentre outras ações, a realização de campanhas de esclarecimento, mobilizações e ações preventivas, inclusive no meio escolar, objetivando alertar sobre os fatores motivadores e riscos do uso indevido de drogas (lícitas ou ilícitas), tendo como público-alvo crianças, adolescentes e suas famílias;

8. comunicar ao Ministério Público eventual desatendimento, pelo Poder Executivo Municipal, das deliberações formalmente encaminhadas, para as providências cabíveis.

A não observância da presente recomendação implica em responsabilização civil, administrativa e criminal do agente omissor.

_____, _____, de _____ de 20__.

Promotor de Justiça

Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude – MP-GO
Rua 23, esq. c/ Av. B, Qd. A, Lts. 1/24, sala T-02
Jardim Goiás, Goiânia/GO, CEP 74805-100
Fone: (62) 3243-8030



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS, pelo(a) Promotor(a) de Justiça adiante assinado(a), no uso de suas atribuições legais e constitucionais, **doravante denominado compromitente**, e o

Município de _____, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Sr. _____, com a anuência do

Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de _____, neste ato representado por seu presidente, Sr. _____, da

Secretaria Municipal de Saúde, neste ato representada pelo Sr. _____, Secretário Municipal de Saúde, da

Secretaria Municipal de Assistência Social, neste ato representada pelo Sr. _____, Secretário Municipal de Assistência Social e da

Secretaria Municipal de Educação, neste ato representada pelo Sr. _____, Secretário Municipal de Educação, **doravante denominados compromissário e anuentes**:

CONSIDERANDO que, na forma do artigo 227, *caput*, da Constituição Federal, é dever do Estado destinar a crianças e adolescentes **absoluta prioridade de atendimento**, de modo a proporcionar-lhes o efetivo e integral exercício de seus direitos fundamentais, dentre os quais se inclui o **direito à saúde**;

CONSIDERANDO que a saúde é direito de todos e dever do Estado, nos termos do artigo 196, da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que a garantia de prioridade absoluta abrange, dentre outras, a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública, a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas e a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à criança e ao adolescente, o que abrange as ações, serviços públicos e programas de saúde, conforme o artigo 4º e parágrafo único da Lei n. 8.069/1990;

CONSIDERANDO que o direito à proteção especial inclui a implementação de “**programas de prevenção e atendimento especializado à criança e ao adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins**”, nos termos do artigo 227, § 3º, inciso VII, da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que o artigo 101, inciso VI, da Lei n. 8.069/1990 relaciona como medida de proteção aplicável a crianças e adolescentes em situação de risco a “inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos”, em regime ambulatorial e hospitalar, conforme artigo 101, inciso V, do mesmo Diploma;

CONSIDERANDO que a municipalização no atendimento às crianças e adolescentes é diretriz do Estatuto da Criança e do Adolescente, nos termos do artigo 88, inciso I, da Lei n. 8.069/1990;



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

CONSIDERANDO que o efetivo atendimento prioritário de crianças e adolescentes usuários de drogas pressupõe a adequação dos serviços públicos e a previsão, no orçamento dos órgãos encarregados da execução das políticas públicas, dos recursos necessários, admitindo-se, suplementarmente, o uso de recursos do Fundo Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, em conformidade com os artigos 4º, *caput* e parágrafo único, alínea “d”, 90, § 2º, 100, parágrafo único, inciso III e 260, § 5º, da Lei n. 8.069/1990;

CONSIDERANDO que o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente é órgão normativo, consultivo, deliberativo e fiscalizador das políticas de promoção e defesa da infância e da adolescência, com dever de cumprir e fazer cumprir, em âmbito municipal, o Estatuto da Criança e do Adolescente e as normas constitucionais pertinentes, conforme o artigo 88, inciso II, da Lei n. 8.069/1990;

CONSIDERANDO que o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente tem o poder-dever de participar do processo de discussão e elaboração das propostas de leis orçamentárias, de modo que suas deliberações sejam efetivamente incorporadas nas referidas leis;

CONSIDERANDO a carência de políticas públicas municipais e programas de atendimento, em caráter prioritário, a crianças e adolescentes usuários de drogas e suas respectivas famílias;

CONSIDERANDO que a política pública em comento deve ser elaborada com a participação do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, preferencialmente mediante articulação com os Conselhos Municipais de Políticas Públicas sobre Drogas, Saúde e Assistência Social, além de outros órgãos vinculados às áreas da saúde, educação e assistência social, conforme artigos 86, 88, inciso II, do Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

172, inciso IV, da Constituição do Estado de Goiás, e artigo 227, §7º c/c 204, da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que, segundo os artigos 5º, 208 e 216, da Lei n. 8.069/1990, a não elaboração ou implementação de políticas públicas, bem como o não oferecimento ou a oferta irregular de ações, programas e serviços a ela atinentes implica na responsabilidade civil e administrativa dos agentes públicos omissos;

CONSIDERANDO que o atendimento de crianças e adolescentes em estado de dependência de drogas e de suas famílias deve ser prestado espontânea e prioritariamente pelos órgãos públicos das áreas da saúde e assistência social, independentemente de ordem judicial ou mesmo da intervenção do Conselho Tutelar, devendo ser proporcionado ao paciente o tratamento adequado às suas necessidades específicas, conforme inteligência do artigo 100, *caput*, e parágrafo único, incisos VI, VII e VIII, da Lei n. 8069/1990;

CONSIDERANDO que semelhante orientação é válida mesmo quando necessária a internação psiquiátrica de criança ou adolescente que, na forma do disposto na Lei n. 10.216/2001, depende de expressa indicação médica para esta modalidade de tratamento, devendo a comunicação ao Ministério Público ser efetuada apenas num momento posterior à sua efetivação (artigo 8º, §1º, Lei 10.216/2001);

CONSIDERANDO a Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012, exarada pelo Ministério da Saúde, que determina as normas de funcionamento e habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas;

CONSIDERANDO a necessidade de o Município adequar



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

seus órgãos, programas, estruturas e orçamento às disposições da legislação federal relativa à política de atendimento dos direitos da infância e juventude, nos moldes do previsto nos artigos 88, inciso I, e 259, parágrafo único, ambos da Lei n. 8.069/1990;

CONSIDERANDO que a implementação de programas municipais de prevenção ao uso indevido de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes depende da ação integrada dos setores de educação, saúde e assistência social, visando, dentre outras medidas, a abordagem da temática no meio escolar, o incentivo às atividades desportivas e de lazer;

CONSIDERANDO o cenário epidemiológico atual, que evidencia o crescente consumo por crianças e adolescentes de substâncias psicoativas que causam dependência, geralmente associados a um contexto de vulnerabilidade das famílias, com a geração de sérios impactos sociais e de saúde que impõem um conjunto articulado de ações multidisciplinares, intra e intersetoriais de prevenção e proteção;

RESOLVEM celebrar o presente TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA, com fulcro no artigo 5º, § 6º, da Lei n. 7.347/1985, e artigo 211, da Lei n. 8.069/1990, ficando os compromissários obrigados a:

CLÁUSULA PRIMEIRA

O Município de _____, com a anuência das Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social e Educação, em parceria com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e do Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas, sem prejuízo da participação de outros órgãos ou entidades com atribuições afins, assume o compromisso de elaborar,

no prazo de 60 (sessenta) dias, o Plano Municipal de diagnóstico, prevenção, atendimento, encaminhamento, tratamento e reabilitação de crianças e adolescentes usuários de drogas e respectivas famílias, observada a garantia constitucional de **prioridade absoluta**, nos termos do artigo 227, da Constituição Federal.

CLÁUSULA SEGUNDA

O referido **Plano Municipal** de diagnóstico, prevenção, atendimento, encaminhamento, tratamento e reabilitação de crianças e adolescentes usuários de drogas e respectivas famílias, de caráter prioritário e interdisciplinar, deverá contemplar, dentre outras ações e programas:

a) o **levantamento** das entidades e equipamentos públicos ou particulares especializados no atendimento e tratamento de crianças e adolescentes usuários de drogas e suas famílias, nas circunscrições do Município e nas municipalidades mais próximas, **no prazo máximo de 30 (trinta) dias**;

b) a realização de **campanha, mobilização e ações preventivas, inclusive no meio escolar**, objetivando a conscientização sobre os fatores de risco motivadores do uso indevido de drogas (lícitas - como o cigarro e o álcool - e ilícitas), bem como os malefícios gerados, tendo como público-alvo crianças, adolescentes e respectivas famílias, **no prazo máximo de 06 (seis) meses**;

c) a definição de um **fluxo operacional de atendimento e encaminhamento** de crianças e adolescentes em dependência de drogas e suas respectivas famílias, que contemple ações articuladas e integradas entre os órgãos de educação, saúde e assistência social, nos moldes do previsto no artigo 86, da Lei n. 8.069/1990, **no prazo máximo de 02 (dois) meses**;

d) a implementação da **rede de atenção básica, inclusive Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹ e Consultórios na Rua**, e dos **serviços extra-hospitalares especializados de atenção em saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial ou equivalentes)** para atendimento de crianças e adolescentes em dependência de drogas, de porte local ou regionalizado (por intermédio de consórcio intermunicipal), tais como CAPS i e CAPS AD III, conforme as Portarias do Ministério da Saúde², **no prazo máximo de 01 (um) ano**;

e) a implementação de **unidade pública para acolhimento³** de crianças e adolescentes em dependência de drogas, de porte local ou regionalizado (via consórcio intermunicipal), conforme regramento estabelecido pelo Ministério da Saúde, **no prazo máximo de 01 (um) ano**, ou a celebração de convênio com entidades não governamentais para o oferecimento do referido serviço, **no prazo máximo de 06 (seis) meses**;

f) a habilitação e o funcionamento, em âmbito local ou regionalizado (via consórcio), de **serviços hospitalares de referência e enfermarias especializadas em Hospital Geral** para a atenção integral de crianças e adolescentes em dependência de drogas, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde⁴, **no prazo máximo de 01 (um) ano**;

g) a estruturação dos serviços de **atenção em urgência e**

¹ Equipe composta por diversos profissionais conforme especificado na Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, sendo recomendado que o NASF conte com médico psiquiatra e/ou outros profissionais da área de saúde mental (Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde).

² Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012, e Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, ambas do Ministério da Saúde.

³ Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde.

⁴ Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde.

emergência (SAMU 192, salas de estabilização, UPA 24hs, pronto-socorro, unidade básica de saúde, etc.), além das **estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial**, consoante as diretrizes do Ministério da Saúde, **no prazo máximo de 06 (seis) meses**;

h) a realização de **convênios** com entidades públicas ou particulares idôneas, eventualmente necessários à efetivação do atendimento e tratamento de crianças e adolescentes em dependência de drogas, **no prazo máximo de 06 (seis) meses**;

i) a adequação dos serviços de saúde, assistência social e educação, para o efetivo encaminhamento e atendimento prioritários de crianças e adolescentes em dependência de drogas, em regime ambulatorial ou hospitalar, **no prazo máximo de 06 (seis) meses**;

j) a qualificação de profissionais das áreas de saúde, assistência social e educação para encaminhamento, atendimento, tratamento e reabilitação de crianças e adolescentes em estado de dependência de drogas e suas respectivas famílias, **no prazo máximo de 06 (seis) meses**;

k) a criação de serviços de orientação, apoio psicológico e acompanhamento de crianças e adolescentes em dependência de drogas e suas famílias, assegurando, em qualquer caso, o atendimento prioritário, **no prazo máximo de 06 (seis) meses**;

l) a coleta e a sistematização de dados relativos ao uso indevido de drogas por crianças e adolescentes, com o monitoramento permanente dos programas e ações desenvolvidas e a reavaliação, **a cada 06 (seis) meses**, de sua efetividade.

CLÁUSULA TERCEIRA

Para garantir a adequação da política municipal de atendimento



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

a crianças e adolescentes em dependência de drogas e suas famílias no exercício financeiro em curso, o Município de _____ assume o compromisso de providenciar a adequação do orçamento público em execução, em observância ao princípio jurídico-constitucional da prioridade absoluta à criança e ao adolescente, **no prazo máximo de 30 (trinta) dias**.

CLÁUSULA QUARTA

O Município de _____ assume a obrigação de prever os recursos necessários à execução da política municipal de atendimento a crianças e adolescentes em dependência de drogas e suas famílias na proposta orçamentária de 20XX e exercícios subsequentes, através de dotações próprias a serem incluídas nos orçamentos dos setores da administração responsáveis pela sua execução.

CLÁUSULA QUINTA

Para o planejamento e a execução dos programas e serviços de prevenção, atendimento, tratamento e reabilitação de crianças e adolescentes em dependência de drogas e suas famílias, o Município de _____ deverá se valer do quadro de pessoal próprio ou providenciar a contratação, mediante concurso público, de profissionais com a habilitação necessária, **no prazo máximo de 01(um) ano**.

CLÁUSULA SEXTA

O compromissário assume a obrigação de encaminhar ao Ministério Público do Estado de Goiás, semestralmente, informações acerca do cumprimento das cláusulas do presente termo.

CLÁUSULA SÉTIMA



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

O descumprimento dos compromissos assumidos importará ao infrator multa diária no valor de R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais), exigível a cada ação ou omissão violadora das obrigações e responsabilidades ora assumidas, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial.

CLÁUSULA OITAVA

O compromissário e os anuentes têm pleno conhecimento de que o presente termo de compromisso de ajustamento de conduta tem eficácia de título executivo extrajudicial, podendo ser executado imediatamente, independentemente de qualquer notificação.

E, para que tal compromisso possa surtir seus legais efeitos, foi lavrado o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo Promotor de Justiça de _____, pelo Prefeito de _____, pelo Presidente do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente de _____, pelo Secretário Municipal de Saúde de _____, pelo Secretário Municipal de Assistência Social de _____ e pelo Secretário Municipal de Educação de _____, todos já devidamente qualificados.

Local e Data.

Promotor de Justiça

Prefeito Municipal

Presidente do CMDCA

Secretário Municipal de Saúde

Secretário Municipal de Assistência Social

Secretário Municipal de Educação



Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

ATA DA PRIMEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DOS PROMOTORES DE JUSTIÇA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE E ÁREAS AFINS

Data	04/06/2012
Horário	14h
Local	Sala T-15, do Edifício Sede do Ministério Público do Estado de Goiás
Tema 1	Atendimento de crianças e adolescentes dependentes de álcool e outras drogas
Tema 2	Lei n. 12.594/2012 - SINASE

Participantes:

Liana Antunes Vieira Tormin	Promotora de Justiça Coordenadora do CAO INFÂNCIA
Alexandre Mendes Vieira	Promotor de Justiça Integrante do NAT-Infância
Ana Carolina P. Falconi Aires	Promotora de Justiça da Comarca de Águas Lindas
Maurício Alexandre Gebrim	Promotor de Justiça Coordenador do CAODH
Vinícius Jacarandá Maciel	Promotor de Justiça 88ª Promotoria de Justiça de Goiânia
Haroldo Caetano da Silva	Promotor de Justiça 25ª Promotoria de Justiça de Goiânia
Marcus Antônio Ferreira Alves	Promotor de Justiça 53ª Promotoria de Justiça de Goiânia
Laura Maria Ferreira Bueno	Promotora de Justiça Integrante do NAT-Infância
Eni Lamounier	Promotora de Justiça da Comarca de Anicuns
Heliana Godói de Sousa Abrão	Promotora de Justiça 52ª Promotoria de Justiça de Goiânia
Melissa Sanchez Ita	Promotora de Justiça Integrante do NAT-Infância

Rua 23, esq. c/ Av. Fued Sebba, Qd. 6, Lt. 15/24, sl. T-1, Ala A, Térreo
Jardim Goiás, CEP: 74.805-100, Goiânia - GO
Nesta - fone: 3243-8029, 8030, 8031, 8503 (fax)
E-mail: caojuventude@mp.go.gov.br

Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

Ana Paula Antunes Vieira Nery	Promotora de Justiça da Comarca de Israelândia
Jaqueline Luvisotto Marinho	Técnica em Medicina do MP-GO
Marcelo Celestino	Promotor de Justiça Coordenador do CAOSAÚDE
Renata de Matos Lacerda	Promotora de Justiça da Comarca de Urutaí

Aos quatro dias do mês de junho de dois mil e doze (04/06/2012), aconteceu, na sala T-15 do edifício sede do Ministério Público do Estado de Goiás, a Primeira Reunião Ordinária dos Promotores de Justiça da Infância e Juventude e áreas afins, coordenada pelo Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude, com objetivo de discutir pontos polêmicos afetos à defesa dos direitos de criança e adolescente.

Inicialmente, foi franqueada a palavra ao Dr. Wesley Assis, Psiquiatra especialista em Dependência Química, para abordagem dos temas dependência química, diagnóstico, formas de abordagem e tratamento (ambulatorial e internação).

Após intenso debate, concluiu-se o seguinte a respeito do primeiro tema definido em pauta:

Tema 1	Atuação do Promotor de Justiça no atendimento de crianças e adolescentes dependentes de álcool e outras drogas
---------------	--

1. Preventivamente, cabe ao Promotor de Justiça oficial à Secretaria de Saúde de seu Município para que indique o serviço ou o equipamento público de referência para atendimento de crianças, adolescentes e adultos dependentes

de álcool ou outras drogas, para os encaminhamentos necessários, inclusive em casos de urgência e emergência relacionados ao uso das referidas substâncias.

2. Em não havendo resposta ou na hipótese de inexistência da estrutura mínima necessária, cabe ao Promotor de Justiça adotar as medidas extrajudiciais e judiciais que entender necessárias para a implementação da rede de serviços de saúde mental no Município, com atuação intersetorial das áreas de saúde, assistência social e educação, conforme modelo disponibilizado pelo CAO.

3. Quando houver relato de situações de urgência ou emergência relacionadas ao uso de drogas por criança, adolescente ou adulto, cabe ao Promotor de Justiça encaminhar oficialmente o(s) interessado(s) ao serviço público de urgência e emergência disponível (SAMU, Hospital, CAPS III, Posto de Saúde, Pronto-Socorro ou similares), requisitando a avaliação médica e/ou médica psiquiátrica, assim como os devidos atendimentos e acompanhamentos.

4. Caso o Município não disponha de serviço de atendimento pré-hospitalar móvel destinado à abordagem do usuário em situações de urgência ou emergência, cabe ao Promotor de Justiça provocar a Secretaria Municipal de Saúde para providenciar o atendimento pelos profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência locais (profissionais das unidades de saúde da família, hospitais, prontos atendimentos ou similares), requisitando, se necessário, o auxílio de força policial.

5. Se for o caso de indicação de internação médica ou médica psiquiátrica e esta não for disponibilizada pelo Poder Público, cabe ao Promotor de Justiça adotar medidas em desfavor do Município para ofertar ou custear o serviço e, eventualmente, promover a responsabilização do gestor público pela omissão no atendimento.

6. Em se tratando de criança ou adolescente dependente de álcool ou outras drogas, havendo indicação médica e/ou médica psiquiátrica de internação ou tratamento ambulatorial, esgotadas todas as possibilidades de solução da questão sem intervenção judicial, excepcionalmente, pode o Promotor de Justiça requerer ao Juízo da Infância e Juventude a aplicação da medida protetiva cabível, dentre as previstas no artigo 101, incisos V e VI, do Estatuto da Criança e do Adolescente, observando os ditames da Lei n. 10.216/2001.

Esta ata faz-se acompanhar da lista de presença firmada pelos participantes.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. AMB/CFM/FENAM. *Diretrizes para um modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil*. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2006. Disponível em: <http://www.abp.org.br/diretrizes_final.pdf>.

ALVES, H. N. P.; RIBEIRO, M.; CASTRO, D. S. Cocaína e Crack. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 170-179.

AMB/CFM. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. *Abuso e dependência da cocaína*. Projeto Diretrizes. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002a.

_____. *Abuso e dependência - Maconha*. Projeto Diretrizes. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002b.

_____. *Abuso e dependência - Anfetamina*. Projeto Diretrizes. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002c.

_____. *Abuso e dependência dos solventes*. Projeto Diretrizes. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2008.

ARAÚJO, A. J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 30, suppl. 2, p. S1-S76, 2004.

AZEVEDO, R. C. S. *Usuários de cocaína e AIDS: um estudo sobre comportamentos de risco*. Tese (Doutorado em Ciências Médicas).

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, 2000.

BAVA, S.; TAPERT, S. F. Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychology Review*, v. 20, n. 4, p. 398-413, 2010.

BESSA, M. A. O adolescente usuário de crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 619-630.

BESSA, M. A.; BOARATI, M. A.; SCIVOLETTO, S. Crianças e adolescentes. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 359-374.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília: SENAD, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. *Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Glossário de álcool e drogas*. 2. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária e promoção da saúde*. Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. Saúde Mental da Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 221-246.

CARLINI, E. A. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Arquivos médicos do ABC*, v. 31, supl. 2, p. 4-7, 2006.

CASEY, B. J.; JONES, R. M. Neurobiology of the adolescent brain and behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 49, n. 12, p. 1189-1285, 2010.

CAZENAVE, S. O. S. Toxicologia geral das substâncias psicoativas. In: SEIBEL, S. D. (Ed.). *Dependência de drogas*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 39-58.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Universidade Federal de São Paulo. *Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003*. São Paulo: CEBRID, 2003.

_____. *V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2004*. São Paulo: CEBRID, 2004.

_____. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005*. São Paulo: CEBRID, 2006.

CHAMBERS, R. A.; TAYLOR, J. R.; POTENZA, M. N. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *The American Journal of Psychiatry*, v. 160, n. 6, p. 1041-1052, 2003.

CORDEIRO, D. C.; DIEHL, A. Inalantes e outras drogas de abuso. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 230-239.

DAMASCENO, B. P. Alcoolismo: complicações neurológicas. In: MELO-SOUZA, S. E. *Tratamento das doenças neurológicas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 813-815.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. Álcool. In: _____. *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 129-144.

FAVARO, C. Unidade Básica de Saúde e Atenção Primária. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 3-9 (em CD-R).

FERREIRA, M. P. Tabaco. In: SEIBEL, S. D. (Ed.). *Dependência de drogas*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 187-200.

FIGUEIREDO, E. N. *A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS*. UNA-SUS/UNIFESP, 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_co

n-teudos/unidade05/unidade05.pdf>.

FONSECA, V. A. S.; LEMOS, T. Farmacologia na dependência química. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 25-34.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. Solventes orgânicos voláteis (inalantes). In: SEIBEL, S. D. (Ed.). *Dependência de drogas*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 273-280.

GALDURÓZ, J. C. F.; SANCHEZ, Z. M.; NOTO, A. R. Epidemiologia do uso, do abuso e da dependência de substâncias psicoativas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 49-58.

GRISWOLD, K. S.; ARONOFF, H.; KERNAN, J. B.; KAHN, L. S. Adolescent substance use and abuse: recognition and management. *American Family Physician*, v. 77, n. 3, p. 331-336, 2008.

KOLLER, K. et al. Avaliação clínica. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 265-290.

LEMOS, T.; FONSECA, V. A. S. Anfetaminas e metanfetaminas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 200-207.

MALTA, D. C. et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 14, supl. 1, p. 136-146, 2011.

MOREIRA, M. M.; MITSUHIRO, S. S.; RIBEIRO, M. O consumo de crack durante a gestação. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. 2. ed. Porto Alegre: Art-

med, 2012. p. 548-565.

NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. M.; NOTO, A. R. Anfetaminas e análogos. In: SEIBEL, S. D. (Ed.). *Dependência de drogas*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 201-215.

NASCIMENTO, O. J. M. Polineuropatias carenciais e alcoólica. In: MELO-SOUZA, S. E. *Tratamento das doenças neurológicas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 433-436.

NOAL, R. B.; MENEZES, A. M. B.; ARAÚJO, C. L.; HALLAL, P. C. Experimental use of alcohol in early adolescence: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 10, p. 1937-1944, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. Genebra: OMS, 2001.

_____. *CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – Décima Revisão*. 10. ed. rev. São Paulo: Edusp, 2007. v. 1.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. Lisboa: OMS, 2008.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, supl. I, p. 14-17, 2004.

PINHO, P. C. *Personalidade sensation seeking na emergência médica*. Dissertação (Mestrado em Comportamento Organizacional). Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa, 2003.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e*

Pesquisa, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009.

PRESSMAN, S.; GIGLIOTTI, A. Nicotina. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 145-160.

REICHERT, L. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 34, n. 10, p. 845-880, 2008.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. *Políticas Públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde*. UNA-SUS/UNIFESP, 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf>.

RIBEIRO, M.; NUDELMAN, E. D.; REZENDE, E. P.; YAMAUCHI, R. Farmacologia do consumo de crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012a. p. 116-142.

RIBEIRO, M.; YAMAGUCHI, S.; DUAILIBI, L. B. Avaliação dos fatores de proteção e de risco. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012b. p. 226-238.

ROSEMBERG, J.; SOBREIRO, M. C. Tabagismo e doenças pulmonares. In: TARANTINO, A. B. *Doenças pulmonares*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 140-155.

RUTHERFORD, H. J. V.; MAYES, L. C.; POTENZA, M. N. Neurobiology of adolescent substance use disorders: implications for prevention and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, v. 19, n. 3, p. 479-492, 2010.

SCIOVETTO, S.; MARTINS, T. M. Drogas e Álcool. In: ASSUMPTIÃO Jr., F. B.; KUCZYNSKI, E. *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência*. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 515-534.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção

para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SEIBEL, S. D. Álcool. In: SEIBEL, S. D. (Ed.). *Dependência de drogas*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010a. p. 119-137.

_____. Cocaína e crack. In: SEIBEL, S. D. (Ed.). *Dependência de drogas*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010b. p. 217-229.

SILVA, C. J. Critérios de diagnóstico e classificação. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 89-97.

SQUEGLIA, L. M.; JACOBUS, J.; TAPERT, S. F. The influence of substance use on adolescent brain development. *Clinical EEG and Neuroscience*, v. 40, n. 1, p. 31-38, 2009.

ZUARDI, A. W.; CRIPPA, J. A. S. Maconha. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 161-169.