



**Conselho Municipal de Saúde
do Rio de Janeiro**

**ATA DA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Ref.: 28/05/2013

Aos vinte e oito dias do mês de Maio de dois mil e treze das quatorze às dezoito horas, no Auditório Meri Baran, Centro Administrativo São Sebastião/CASS, em segunda e última convocação, iniciou-se a reunião Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde, tendo como Pauta: **1)** Deliberação sobre o processo: 09/008.138/2012 – Centro Médico Palmeiras, AP 5.3 (descredenciamento); **2)** Parecer sobre Relatório Anual de Gestão/2012 da SMSDC – Discussão e deliberação; **3)** Apresentação da Superintendência de Saúde Mental – Dr. Leonardo Araújo de Souza. **Sr. David Lima**, Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde chamou para compor a Mesa os membros da Comissão Executiva do Conselho, a **Sr^a Maria de Fátima Gustavo Lopes**, segmento Usuário, o **Sr. Ludugério Antônio da Silva**, segmento Usuário, o **Sr. José Liporage**, segmento Profissional de Saúde e **Sr. Rogério Marques Gonçalves**, segmento Gestor. Passou as coordenações dos trabalhos para o **Sr. Ludugério**, substituto do Presidente do Conselho, **Dr. Hans Dohmann**. **Sr. Ludugério** deu boa tarde e perguntando se todos já estavam com a pauta fazendo a leitura da mesma e ao final perguntou se havia alguma proposta de modificação. Sr. David Lima disse que a Secretaria executiva estava solicitando a retirada do item 1) processo 09/008.138/2012 – Centro Médico Palmeiras, AP 5.3 (descredenciamento), porque após liberação da pauta, tivemos a informação pelo presidente do Conselho Distrital de Saúde a AP 5.3 que ele teria que voltar para o Distrital e para não modificarmos a pauta enviada, resolvemos fazê-lo em plenária. Esclareceu, ainda, o fato de constar no Relatório Anual de Gestão/2012 a sigla SMSDC e não SMS porque no respectivo ano era SMSDC. **Sr. Ludugério** colocou o pedido de retirada do item 1) Deliberação sobre o processo: 09/008.138/2012 – Centro Médico Palmeiras, AP 5.3 (descredenciamento) e em votação o mesmo foi aprovado pela maioria. **Sr. Rogério Gonçalves**, como membro da Comissão de Orçamento e Finanças, iniciou a leitura do item 2) Parecer sobre o Relatório Anual de Gestão/2012: *“Considerando a análise realizada pelas conselheiras eleitas pela plenária deste conselho, como Gestores do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) e apoio da Comissão de Orçamento e Finanças, informamos que a SMSDC, disponibilizou cópia do RAG a todos os conselheiros, assim com o suporte técnico para esclarecimentos e sugestões com antecedência suficiente para análise de todos os membros deste Conselho. A Comissão de Orçamento e Finanças em parceria com a Comissão Executiva em análise das informações relativas aos dados orçamentários verificou que estas não apresentam deformidades o que justifica aprovação deste RAG por parte dessas comissões. Ressaltamos que, em 30 de março, foi verificado por nós, apoiadores, que o SARGSUS não estava totalmente disponibilizado para alimentação das informações referentes aos gestores e, portanto não foi possível à SMSDC entregar este relatório para análise do Conselho, naquela data. Sugerimos que sejam revisadas as terminologias no campo de profissionais do SUS, fonte CNES. Torna-se pouco compreensivo categorias como “cooperativa sem tipo” e as demais referências a categorias com a mesma descrição. Para facilitar a análise e maior visualização das informações, solicitamos a introdução de gráficos e demonstrativos dos indicadores de saúde. Podemos exemplificar, na Diretriz 1, indicador “cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família” , o quantitativo deveria ser expresso para dar maior visibilidade da proporcionalidade demonstrada. Outro ponto que deveria ter sua unidade de referência melhor especificada é*

quando o indicador é verificado por percentual. Não fica esclarecido pelo relatório, por exemplo: a cobertura de saúde bucal que aparece como programada 10, realizada 10 para recursos orçamentários programados de 4.744.033,12. Foi necessário o esclarecimento da área técnica porque a meta era referente ao percentual da população atendida em uma determinada área programática do município. Vale lembrar que todas as metas deste RAG foram pactuadas e aprovadas por este conselho em reunião ordinária realizada em 13 de novembro de 2012. Embora 100% das metas não tenham sido atingidas, as não cumpridas foram justificadas pelas equipes responsáveis de forma satisfatória e acreditamos não terem comprometido o resultado final de desempenho desta secretaria. Reafirmamos a necessidade da inclusão no RAG da força de trabalho das Organizações Sociais, de forma específica. Embora haja no anexo o quantitativo da força de trabalho da SMS, as OS's que são legalmente aprovadas, foram rejeitadas na plenária da 10ª Conferência Municipal de Saúde e continuam tendo sua legalidade questionada por alguns segmentos deste conselho. Apesar da formatação apresentada no SARGSUS não ser considerada a mais adequada para nosso município, este Conselho em reunião do seu colegiado, realizada no dia 28 de maio de 2013, resolve aprovar o presente Relatório Anual de Gestão de 2012". Sr. Ludugério disse que a Comissão Executiva tinha feito uma reunião com a Comissão de Orçamento e Finanças e elaborado esse documento para a apreciação e votação dos conselheiros em plenária. O item 2) Relatório Anual de Gestão/2012 da SMSDC foi aprovado pela maioria. Sr. José Liporage sugeriu que o documento aprovado fosse adicionado à página do Conselho. Srª Cristiany Ávila disse que o próximo passo a partir da aprovação no Conselho seria disponibilizar para as duas conselheiras responsáveis o documento, a ata de aprovação, a Deliberação para que elas inserissem as informações no sistema e após esse procedimento o Relatório ficaria disponível para todo o Brasil numa página do Ministério da Saúde – www.saude.gov.br/sargsus, e, dentro do mapa do Brasil era somente clicar no Rio e o relatório era disponibilizado para qualquer cidadão brasileiro. Sr Ludugério passou ao item 3) Apresentação da Superintendência de Saúde Mental – Dr. Leonardo Araújo de Souza. **Dr. Leonardo** dando boa tarde, agradeceu pela oportunidade de estar apresentando a Proposta do Plano Municipal de Atendimento a Usuários de Álcool e Outras Drogas da Superintendência de Saúde Mental por achar fundamental esse espaço de discussões e já ter tido apresentado em outros 4 (quatro) Conselhos Distritais de Saúde e que achava importante essa participação do controle social quanto na prerrogativa do Plano, mas que era importante demarcar em linhas gerais que estava apresentando uma proposta da saúde e não era uma proposta do Plano como um todo, que era muito mais amplo e complexo, a priori, intersetorial envolvendo outras Secretarias e que era importante estar marcando essa necessidade de articulação das Secretarias de Desenvolvimento Social, Habitação, Educação e de Segurança Pública e que sem essa articulação esse Plano não seria decidido, inclusive era uma condição de adesão ao Plano de Álcool, outras drogas e crack, intersetorial entre o Ministério da Saúde e da Justiça e da composição de um Comitê Gestor do crack representando essas diversas Secretarias. Falando sobre o que tinham de serviços implantados quanto ao atendimento ao crack que um previa uma ação, um dispositivo, uma unidade específica para cuidar da população, na verdade uma rede que o Ministério da Saúde tinha recebido o nome, RAPS – Rede de Atendimento Psicossocial que seria mostrada durante a apresentação. Disse que essa rede era composta por diversas unidades e o grande desafio era articulá-las e que várias unidades estavam presentes no cotidiano, já conhecidas e que deveriam ser articuladas nos diferentes pontos de vista porque esses usuários dependentes de crack, álcool e drogas precisará de serviços das mais diversas formas e demandas pontuais específicas da Saúde Mental e que variavam de acordo com os indivíduos. Continuou dizendo que necessitavam de uma série de serviços intensificados principalmente espaço territorial mesmo tendo cuidados para serviços de internação que sejam de serviços comunitários inclusive para permitir que o controle social seja mais efetivo nesse cuidado mais próximo aos familiares e usuários. Continuando a apresentação disse que havia uma série de normativos do Ministério da Saúde que eram fundamentais referentes à reforma psiquiátrica, mas também havia normativos da Saúde Mental como a Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 que era a mais importante porque instituiu a rede de atenção psicossocial. Disse que todas as normativas estabeleciam critérios justamente de implantação, habilitação e equipamentos previstos

nessa rede a atenção psicossocial. Dr. Leonardo disse que a lei que instituiu a rede de atenção psicossocial dentro da composição do plano, não era uma rede específica para usuários de crack e outras drogas, que ela era uma rede de atenção da saúde mental para a população como um todo, mas que, exatamente dentro dessa rede, existia um recorte específico para essa área de uso de *crack*, álcool e outras drogas. Disse que a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial era composta por 7 (sete) de atenção em saúde e que o primeiro ponto, o mais relevante era a Atenção Básica em Saúde, inclusive ali estavam as unidades que iriam coordenar o fluxo dessa RAPS com a gestão compartilhada com os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS's. Disse que dentro da Atenção Básica em Saúde havia um dispositivo específico para a população em situações específicas e dentro desse grupo havia os Consultórios na Rua que eram os dispositivos eleitos para cuidar dos indivíduos usuários de *crack*, álcool e outras drogas e cuidados integrais para a população em situação de rua, mas com a prevalência, importância e relevância dessas questões quanto ao uso de *crack*, álcool e outras drogas, esses consultórios ofereciam os primeiros cuidados para essa população, inclusive faziam parte desse grupo eleito como coordenadores do fluxo da RAPS. Continuou dizendo que eram três dispositivos com a gestão compartilhada coordenada ao fluxo, por exemplo, quando tentava ter acesso a leitos nos Hospitais Gerais e leitos em Unidades de Acolhimento, quem indicaria a internação, como internar meu filho eram perguntas constantemente feitas pelos familiares e que teriam que ser respondidas. Disse que dentro das RAPS tinham sido eleitos três dispositivos, os CAPSad's, os CAPSi's e as Unidades de Atenção Básica como as Clínicas da Família e no caso de população de rua os Consultórios na Rua. O segundo ponto de atenção era a Atenção Psicossocial Especializada, os CAPS nas suas mais diversas modalidades, CAPSad para adultos de álcool e droga, CAPSi's para crianças e adolescentes e CAPS para pessoas com transtornos, psicoses e neuroses graves conforme a Rede de Atenção Psicossocial especializada. Quanto à Urgência e Emergência, 3º (terceiro) ponto de Atenção em Saúde, disse que era relevante dentro do ponto de assistência ao usuário de *crack*, álcool e drogas o primeiro contato com esses serviços de urgência e emergência e que por isso era fundamental que essas portas de entrada estivessem qualificadas e integradas com a Rede de Atenção Psicossocial e que esse era um trabalho que estavam desenvolvendo, a mesma integração das portas de entrada de Saúde Mental e das portas de entrada geral de urgência e emergência e que também estavam desenvolvendo uma capacitação para esses atendimentos. Disse que o 4º (quarto) ponto de Atenção era a Atenção residencial de Caráter Transitório incluindo especificamente as Unidades de Acolhimento nas modalidades de adulto, infante-juvenil e as comunidades terapêuticas. O 5º (quinto) ponto era a Atenção Hospitalar diferente da assistência de Urgência e Emergência havendo leitos específicos dentro dos hospitais gerais exigidos pela assistência clínica de cuidados de intoxicação moderada, grave e de abstinência que eram serviços de referência para álcool e droga dentro dos hospitais gerais. Como 6º (sexto) ponto dentro das RPAS, as Estratégias de Desinstitucionalização para álcool e drogas, específicas para assistência terapêutica pensados para o longo de permanência em hospitais psiquiátricos convencionais e por fim, o 7º (sétimo) ponto de Atenção que era a Reabilitação Psicossocial que era o dispositivo de captação de várias formas e as mais importantes eram as estratégias de trabalho e renda. **Dr. Leonardo** continuou dizendo que dentro do município do Rio de Janeiro tinham somente esses dispositivos e dentre eles um que precisasse ampliar seria em termos de quantidade e qualidade de vida da comunidade, excetuando a Unidade de Acolhimento disse que tinham todas as outras unidades na rede. Em algumas áreas com cobertura maior, de CAPS e outros e o desafio do plano era justamente integrar os serviços existentes e ampliar os dispositivos que possuem cobertura baixa. Ratificou dizendo que dentro do município do Rio de Janeiro tinham esses pontos de Atenção da rede Psicossocial. Mostrando o slide disse que o que estava em azul eram os quatro pontos de Atenção mais específicos para indivíduos com questões relacionadas ao uso de *crack*, álcool e outras drogas, como os CAPSad's para adultos e adolescentes, os CAPSi's para infância e adolescência, os Consultórios na Rua, as Unidades de Acolhimento, a primeira em Jacarepaguá e os leitos de Saúde Mental, álcool e outras drogas nos hospitais gerais. Continuou dizendo que esses eram serviços mais específicos e dentre eles era importante enfatizar os Consultórios na Rua não eram específicos para a

população com questão de *crack*, álcool e outras drogas, mas que atendiam uma demanda importante dessa clientela. Disse que tinham os serviços que já existiam e que dentro da RAPS eram pensados e responsáveis e corresponsáveis por esses cuidados com eixos de complexidade iniciais distintos que eram os serviços de Urgência e Emergência e as Clínicas da Família além dos Centros de Convivência e os pólos de geração de trabalho e renda que eram estratégias diversas que o Ministério da Saúde criou para reabilitação pensados para a população. Continuou dizendo que além da integração horizontal e longitudinal existia a capacitação desses dispositivos de saúde como um todo e além da saúde e que era um regimento importante da Superintendência a partir da Escola de Saúde Mental e que o Regimento havia sido recentemente publicado pelo Secretário Municipal de Saúde a fim de disseminar esse “*saber*” de Saúde Mental pela rede de saúde como um todo e pela rede intersetorial, mas também, para ampliar a rede de Saúde Mental, especialmente a Rede de Atenção Psicossocial, a rede CAPS e dentro dessa rede de atenção para *crack*, álcool e outras drogas era a rede CAPSad, unidade de maior relevância e eleita para fazer uma avaliação mais complexa. Disse que até 2011 tinham apenas 3 (três) CAPSad’s na cidade, que eram o CAPSad Centra-Rio, na região da Zona Sul, CAPSad Mane Garrincha, na região da AP 2.2 e CAPSad Raul Seixas na região da AP 3.2, além de outros tipo II. Em 2012 disse que foram abertos mais 2 (dois) CAPSad’s, Júlio César na região da AP 5.3 e outro CAPSad Antônio Carlos Mussum na região da AP 4.0. Continuou dizendo que todos esses CAPSad’s eram do tipo II, isto, fechavam às 5hs (cinco horas) da tarde. Aqueles que fecham na sexta-feira às 5hs (cinco horas) da tarde somente reabrem na segunda-feira pela manhã. Prosseguindo disse que considerando a gravidade das situações mais diversas, como uso de *crack*, álcool e outras drogas, situação de reabilitação, de recaída, de abstinência e de intoxicações, que boa parte dessa demanda poderia ser referenciada para os serviços de Urgência e Emergência, mas para o cuidado mais próximo a esse sujeito era fundamental que se soubesse onde estava recebendo esse cuidado e seria no CAPS, referência desses cuidados. Continuou dizendo que era importante oferecer uma Atenção Psicossocial de 24hs e o desafio era tornar essas unidades mais complexas e maiores, com plantonistas e que a pretensão era a implantação de mais CAPSad’s tipo III e não mais tipo II. Que estavam em processo de conversão desses CAPS e o primeiro tinha sido o CAPSad Antônio Carlos Mussum e que tinham qualificado como CAPSadIII, funcionando 24hs tendo também leitos de acolhimento. Que além do atendimento em situação de recaída, assistência e intoxicação era possível que os indivíduos tivessem um cuidado intensivo em regime de acolhimento com técnico de referência próximo a ele. Disse que esse CAPSad tinham 7 (sete) leitos de acolhimento e que tinha leitos para um tempo maior de acolhimento, um processo de reabilitação mais prolongado, com risco de vulnerabilidade eleito pelo CAPSad para permanência nessa Unidade de Acolhimento e dos 7 (sete) leitos, passariam a 22 (leitos) leitos num complexo de cuidados intensivos de Atenção Psicossocial. Que já estava em curso a reforma no CAPSad Raul Seixas para sua conversão em CAPSadIII, também com 7 (sete) leitos e também estavam procurando casas para a implantação de uma unidade de acolhimento de adultos na região da AP 3.2. **Dr. Leonardo** disse que em 2013 iriam implantar um CAPSadIII na região da AP 5.1, em Bangu pactuado com o Ministério da Saúde e Ministério Público dentro do que estava previsto no Plano: “**Crack: é possível vencer**”. Disse que para 2014, ainda dentro da pactuação do Ministério da Saúde disse que serão abertos mais 2 (dois) CAPSad’s III e que não seriam conversões e sim criações, implantando um na região da Maré, AP 3.1 e um na região de Guadalupe, na AP 3.3, cada um como Unidade de Acolhimento de Referência. Disse que na região da AP 3.3 já tinham o espaço, que seria no antigo PAM Deodoro. Continuando a apresentação disse que além dos CAPSad’s e das Unidades de Atenção Básica, a RAPS previa pontos de Atenção de Urgência e Emergência e que era fundamental qualificar os serviços de Urgência e Emergência e capacitando essas equipes e integrando as portas de entrada. Disse que até 2011 tinham 4 (quatro) portas de entrada especializadas em psiquiatria na cidade do Rio, que eram chamados Polos de Saúde Mental cobrindo a cidade e o interior inteiro. Citando os mesmos disse que o polo da Policlínica Rodolpho Rocco que tinha a porta de entrada integrada dentro de uma unidade geral; que a experiência bem sucedida das integrações da porta de entrada e a saída de emergência do Nise da Silveira tinha feito com que tentassem experimentar essa integração com as outras portas de

entrada da cidade. Disse que tinham começado pela Zona Oeste, região mais crítica, descentralizando a porta de entrada para 2 (dois) pólos, uma para o Hospital Estadual Pedro II e outra para o Hospital Municipal Lourenço Jorge, além da integração dessa porta de entrada com a entrada geral e o mesmo estava sendo previsto para a região Centro-Sul da cidade. Mostrando o slide mostrou região e voltou a insistir no foco de investimento de integração e de capacitação dos profissionais devido ao tipo de atendimento muito mais grave e relevante. Disse que dentro da RAPS a rede de Atenção Hospitalar em Saúde era toda concentrada em CAPS convencionais de grande porte, alguns grandes manicômios, hospitais como Nise da Silveira, Instituto Philippe Pinel e outros e parte dessa rede que era conveniada e contratada com orientação de descredenciamento há mais de dez anos e que ainda estavam em funcionamento. Disse que houve um processo gradativo da rede própria e uma abertura inovadora desses espaços de álcool e drogas dentro dos hospitais gerais de leitos de Saúde Mental. Apresentou os hospitais do município com esses leitos, como Evandro Freire na Ilha do Governador, Ronaldo Gazola em Acari e Pedro II na região da AP 5.3 em Santa Cruz e disse que a perspectiva era de ampliar mais essa rede de serviços especializados de álcool e drogas dentro da rede própria. Mostrou os Consultórios na Rua com relação às cracolândias e disse que a expansão desse projeto e das equipes davam conta de um cuidado latitudinal muito importante para a reinserção essa população. Tinham mais equipes na região do centro, mais crítica, uma na região de Manguinhos e outra no Jacarezinho e a intenção era ampliar e implantar mais 2 (duas) equipes e futuramente para o Centro-Sul no Catete e região da grande Tijuca. Disse que o acesso aos hospitais gerais eram concentrados nos CAPSad's da cidade e nos Consultórios na Rua. Que dentro dos hospitais gerais era uma iniciativa importante da criação desses novos dispositivos da reforma psiquiátrica brasileira e que era algo que estava sendo construído, que já tinham referências nacionais, mas não muitas e a preocupação era de poder qualificar e concentrar o fluxo da oferta de leitos para o Consultório na Rua e das necessidades mais diversas como tuberculose, DST/AIDS, intoxicações e abstinências e nos CAPSad's. Completou dizendo que iriam abrir para o acesso de Estratégias de Saúde da Família da Rede de Atenção Psicossocial e que o acesso aos leitos dos hospitais gerais seriam feitos a partir dos Consultórios na Rua e dos CAPSad's, mas também, pela parte da Estratégia de Saúde da Família. Disse que além da rede de CAPSad's, que quando falavam do uso de *crack*, álcool e drogas, cobriam também criança e adolescentes e dentro da rede psicossocial esse fluxo era mais concentrado nos CAPSi's. Que até 2011 tinham 5 (cinco) CAPSi's e que tinham como meta ideal para o município do Rio, 1 (um) CAPSi por Área Programática. Em 2012, disse que foram abertos mais três CAPSi's, 1 (um) na região da AP 3.3, Heitor Villa Lobos, 1(um) na região da AP 3.1, CAPSi Visconde de Sabugosa e o CAPSi Maurício de Souza na AP2.1. Para chegar perto dos 10 (dez) CAPSi's em toda a cidade a perspectiva será consolidar essas unidades e que tinha sido feita no final do ano passado além da necessidade de abertura de mais um na região da AP 5.3 que estava sendo pensado em termos de expansão para os próximos anos. **Dr. Leonardo** disse que tinha trazido alguns dados de quantitativo e muito comuns nos questionamentos e em termos de leitos de acolhimento e internação que eram espaços de cuidados mais intensivos dentro dos serviços de álcool e drogas de referência nos hospitais gerais com complexidade maior e situações mais críticas, leitos do CAPadIII, também muito intensivo para o tratamento de intoxicações mais leves, mas com perspectivas de reabilitação e o leito com complexidade menor na Unidade de Acolhimento, mas com um tempo de permanência mais longo de até 6 (seis) meses e com perspectiva intersetorial fundamentalmente ligada a necessidade de trabalho e que esse acolhimento tinha muito a ver com as antigas Casas Vivas, e que ainda tinha essas casas com o modelo original na Avenida Ayrton Senna e que era uma experiência inovadora e tinha servido de inspiração para o Ministério adotar para as Unidades de Acolhimento. Continuou dizendo que hoje tinham 7 (sete) leitos de CAPSadIII e 49 (quarenta e nove) leitos de Saúde Mental nos hospitais gerais. Que ao término de 2013, com a abertura dessas unidades e com sua qualificação passaram a 45 (quarenta e cinco) leitos de acolhimento e que chegarão a 59 (cinquenta e nove) leitos nos hospitais gerais, leitos próprios e que faziam, também, a contagem dos leitos federais nessa conta. Prosseguindo, disse que em 2014, com a abertura dos 2 (dois) CAPSad's na AP 3.1, 3.2 e a perspectiva de Unidade de Acolhimento disse que chegarão a 35 (trinta e cinco) leitos de

acolhimento em CAPSadIII, 75 (setenta cinco) UAA – Unidades de Acolhimento de Adultos e 79 (setenta e nove) leitos SM/AD, de Saúde Mental/Álcool e Drogas nos hospitais gerais totalizando em torno de 180 (cento e oitenta) leitos de acolhimento e internação no município do Rio de Janeiro. Disse que na primeira semana de maio tinham começado uma conferência semanal, planejamento e acompanhamento e que era fundamental que fizessem isso com uma precisão e que ainda estavam longe de alcançar todas as informações dessas unidades, mas que acompanhavam semanalmente o total de indivíduos acolhidos e tratados nessas unidades. Que os CAPSad's atendiam nas suas áreas programáticas e apresentando o slide, mostrou o total de atendimentos de usuários de álcool e drogas, inclusive o *crack*, indicando a barra amarela como atendimentos aos usuários de *crack* e também dos Consultórios na Rua e que era em torno de 500 a 550 (quinhentos a quinhentos e cinquenta) atendimentos em média por semana nos CAPSad's e em torno de 250 (duzentos e cinquenta) atendimentos por semana nos Consultórios na Rua para o atendimento de álcool e drogas. Continuou dizendo que na mesma escala para os atendimento de *crack* eram de 150 (cento e cinquenta) atendimentos em média, de semana em semana, tanto nos CAPSad's quanto nos Consultórios na Rua. Apresentou o slide de atendimentos de primeira vez correspondentes aos atendimentos de usuários de *crack*, álcool e outras drogas dessas unidades e disse que ao longo do mês de Maio, de semana a semana, sempre existiam atendimentos de primeira vez, em torno de 70 (setenta) para usuários de *crack*. Quanto aos encaminhamentos para internação disse que no momento não tinham Unidade de Acolhimento funcionando no Rio de Janeiro e que se tivessem alguma indicação de acolhimento que estavam sendo referenciados para as unidades estaduais que funcionavam de forma parecida com a lógica de acolhimento e, também, internações nos hospitais gerais. Mostrando o slide disse que, de semana em semana, visualizando AD. Álcool e drogas, na barra vermelha, tiveram em torno de 25 (vinte e cinco) encaminhamentos para internações e dessa média, em torno de 15 (quinze) encaminhamentos de usuários de *crack* (barra amarela). Continuou apresentando o total de internações desses serviços mais especializados de Álcool e Drogas de referência nos leitos de Saúde Mental nos hospitais gerais. Disse que esses encaminhamentos vinham de fevereiro e que tinham uma concentração nos CAPSad's e nos serviços de Consultório na Rua. Que tinham sido em torno de 34 (trinta e quatro) internações no mês de fevereiro, 20 (vinte) em março, 27 (vinte e sete) internações em abril e 12 (doze) internações reduzida por conta da abertura de atendimentos pelas Clínicas da Família. Finalizando mostrou fotos do CAPSad Antônio Carlos Mussum, primeiro que estava funcionando 24hs na região da AP 4.0, em Jacarepaguá, dentro da Colônia Juliano Moreira, próximo ao Hospital Jurandir Manfredini. **Dr. Leonardo** finalizou dizendo que em linhas gerais alguns dados de atendimento e de expansão da Rede de Atenção Psicossocial, que voltava a insistir que, essa Rede, mesmo bem consolidada, que era o objetivo ainda longe de ser alcançado, não era específica para o atendimento das necessidades de *crack*, álcool e outras drogas, tinham demandas que perpassavam pelos mais diversos dispositivos e a grande maioria era fora da saúde. Disse que a Saúde tinha responsabilidade para com essa população e que esse trabalho integrado e o plano levavam em consideração características específicas de cada um, que não existia nem projeto homogêneo nem fórmula mágica ou receita de bolo para se cuidar de todas as pessoas e que o projeto era pensado de caso a caso e era fundamental que esses dispositivos de atendimento estivessem no território, que se conhecessem os usuários pelo nome, membros da família, permitindo que os mesmos retornem para suas famílias quando possível. Agradeceu pela possibilidade de apresentar o projeto e manifestou desejo de poder voltar ao Conselho com mais informações devido a importância desse espaço de troca, pois sem ele, não conseguiriam avançar. Dando prosseguimento, **Sr. Rogério Gonçalves** repetiu os nomes das pessoas inscritas: **Tânia, Geraldo, Marinaldo, Maria de Fátima e Romano**. **O Sr. Carlos Henrique Alves**, popularmente conhecido como **Marreta** da Comunidade do Morro de São Carlos e conselheiro representando o CDS AP 1.0 disse que trabalhava à noite e era vigia e que conhecia muitos usuários e dessa forma como poderia dar o telefone, que dependia do celular dele. Continuou dizendo que o 0800 não aceitava ligação de celular nem tendo crédito. Perguntou o telefone, endereço e o tipo de documentação necessária, como foto, documento de identidade, certidão de nascimento, carteira de trabalho, CPF, CEP. **Sr^a**

Tânia Makluf deu boa tarde e disse que era do Sindicato dos Enfermeiros do município do Rio de Janeiro disse que tinham várias perguntas, primeiro gostaria de saber como era a constituição desses Consultórios na Rua, se vinha do Ministério da Saúde; falou que na semana passada tinha sido dito que seriam treinados, capacitados 250.000 (duzentos e cinquenta mil) técnicos de enfermagem que iriam trabalhar nesses Consultórios na rua; perguntou como seria formada essa equipe, como estavam estabelecidas essas competências técnicas e que o custo sendo alto, valeria a pena. Continuou indagando como estava sendo distribuída a capacitação de todos os auxiliares e técnicos ou dos demais profissionais e também sobre o risco desses trabalhadores na rua disse que tinham que pensar nisso. Perguntou se esses profissionais que ficavam na rua fazendo atendimentos aos usuários de **crack**, álcool ou outras drogas, estavam tendo atendimento psicossocial. Finalizou dizendo ter feito aquelas perguntas, pois precisavam analisar o contexto como um todo. **Sr. Geraldo**, representando o CDS AP 5.3, deu boa tarde ao plenário e disse que já havia feito análise desse projeto e o que mais o espantava era a informação dita pelo Dr. Leonardo. Continuou dizendo que o Hospital Pedro II era para ser uma referência, mas que o número de usuários que estavam chegando na área da Santa Cruz devido às pacificações que estavam ocorrendo aqui nessas áreas era enorme. Que se espantava com o investimento que estava sendo feito em algumas áreas ou então, fazendo recolhimento desses usuários levando-os para um **abrigo** que ficava ao lado de uma comunidade que era uma das principais fornecedoras do **crack** na área da Zona Oeste, que era a Comunidade Antares que viam na televisão. Que tinham um espaço enorme e as pessoas estavam sendo levadas para um hospital que ficava no sétimo andar na enfermaria com outras pessoas e que o hospital não comportaria. Disse que tinha sido aberto na área da AP 5.3 o CAPS e o Conselho Distrital de Saúde solicitou à Coordenação de Área de Santa Cruz o processo para que pudessem entender melhor os serviços. Ratificou a chegada do processo e que já tinham verificado e feito observações. Disse que o Dr. Leonardo havia falado que tinha feito apresentações em quatro conselhos e que queria deixar claro que o Conselho da AP 5.3 que se reunia toda primeira sexta-feira do mês e que não tinha sido apresentado esse projeto e nem o plano de ação em uma área de expansão e chegada de usuários de crack. Continuou dizendo sobre a questão do Consultório de Rua e perguntou como o hospital de rua iria trabalhar na área da AP 5.3 se os usuários de drogas era migratórios, pois eram recolhidos lá e iam para os **abrigos** e que lá tinham outro problema sério que era a questão dos outros municípios, Itaguaí e Seropédica, que já começavam a ter um grande índice de usuários de drogas que migravam para Santa Cruz devido à proximidade para aquisição da droga. Disse que queria saber como o Consultório de Rua iria trabalhar naquela região com essa população migratória. **Srª Maria Vera** deu boa tarde e disse que era da FAM-RIO e que queria solicitar o projeto, pois ele permeava a cidade, e facilitava a discussão e que participava de uma frente parlamentar das pessoas em situação de rua e que era importante estar com essas informações na mão para divulgá-las. Que tinham que manusear para poder encaminhar as pessoas, ler e cobrar futuramente o trabalho. **Sr. Marinaldo**, representante do Sindicato dos Psicólogos deu boa tarde e parabenizou o Dr. Leonardo pela apresentação e que iria verificar o projeto no decorrer do tempo como ficaria a questão prática, que era bem complexa. Disse que inclusive o Dr. Leonardo estava trazendo um dado que eles, da Comissão de Saúde Mental já tinham solicitado a algum tempo e que era justamente o Consultório de Rua, fazendo um contraponto às internações compulsórias. Disse que não tinha entendido muito bem o CAPS ou usar estratégia da Clínica da Família como suporte, pois atualmente a Clínica da Família não estava bem no que se referia aos recursos humanos. Para esse atendimento. Perguntou como ficaria essa estrutura de recursos humanos. Disse que o Dr. Leonardo tinha falado da liberdade terapêutica e ele concordava, mas como poderia obter essa liberdade sem o vínculo. Como teria o vínculo se a mão de obra era terceirizada e existia uma grande rotatividade devido à precariedade. Como era feito esse vínculo terapêutico que ficava muito prejudicado. Que essas questões eram muito discutidas em Saúde Mental. Que a mão de obra hoje era terceirizada e não havia concurso e nem previsão. Dessa forma, como seria feito. **Srª Maria de Fátima**, representando o CDS AP 3.1 perguntou onde seria construída a unidade, dentro da Maré ou na Avenida Brasil. Quanto ao CAPSi Visconde de Sabugosa, criado em frente ao Piscinão de Ramos, continuaria com aquela estrutura mínima ou teria

um acréscimo de profissional e pacientes. Disse que queria saber como ficaria esse Consultório de Rua porque naquela altura do Parque União, entrada da Ilha do Governador, com a retirada na Avenida Brasil dos dependentes químicos, eles tinha ido para a comunidade mais próxima e que entravam lá e tinha muitos usuários andando como “zumbis”, que não comiam, não dormiam, não bebiam e nem tomavam banho e ficavam pelas ruas do Parque União, Parque Maré, Nova Holanda. Pergunto quanto ao Parque União até os fundos da Escola Bahia o que esses Consultórios estavam fazendo para o recolhimento. Quanto aos internados nos leitos de Evandro Freire, que ela esteve visitando, tinha achado ótimo porque os usuários não ficavam aprisionados, recebiam o tratamento e a Assistência Social procuravam as famílias e que muitos dos pacientes tinham voltado para seu destino, Norte, Nordeste, Sul e Sudeste. Que sua preocupação era com aqueles livres, “zumbis”, sem rumo, afinal eram seres humanos. Sr. Romano deu boa tarde a todos e ao Dr. Leonardo pela presença na Secretaria num momento difícil e disse que retiraram os pacientes dos hospitais psiquiátricos e que agora internavam todos porque o **crack** era uma loucura e que com a votação no Congresso da internação compulsória e a separação do pessoas de álcool e drogas e as outras que são grande maioria e que não tinham profissionais na rede pública para atender, pois a mão de obra terceirizada de psicólogos e psiquiatras não era muito grande havendo uma falta concreta nessa área. Disse que estariam trabalhando com dois níveis de Atenção, a do grupo de álcool e drogas separado e a do grupo de saúde mental e perguntou, dessa forma, como pretendiam enfrentar essa questão de recursos humanos, qual seria o planejamento da Secretaria, se a contratação de pessoal até o final de 2013 e a capacitação da equipe de profissionais na Saúde Mental. Sr. Gilberto disse que o pessoal que tinha saído da Avenida Brasil e que tinha uma patrulha para que não voltassem para lá, estavam todos dentro da comunidade e que eram agressivos e que essas pessoas pediam um real e se não dessem eles agrediam. Disse que viesse o mais rápido possível esse Consultório de Rua para a área da AP 3.1; que do Parque União até a Escola Bahia tinham uma média de 400 (quatrocentos) a 500 (quinhentos) usuários e que aquela **cracolândia** que tinha no Jacarezinho tinha sido transferida para a Maré e que tanto as pessoas do Conselho Distrital de Saúde AP 3.1 quanto os moradores da Maré ficavam preocupados, porque não só usavam **crack** como defecavam no meio da rua, não tomavam banho e agrediam algumas pessoas. Sr. Roque disse que o tempo na reunião era muito curto para discutirem a questão do **crack** e que deveriam ter vários dias para fazerem observações porque quando se falava na Avenida Brasil tinha a preocupação de que quando se falava de **crack**, visto que maconha não era mais tão falada, não havia mais essas pessoas lá, já tinham sido levadas e que os seus familiares não tinham mais o que fazer. Que a viatura da Prefeitura que estava lá era justamente para não deixar que essas pessoas se acumulassem lá, pois era ruim. Perguntou porque não sentavam para discutir sobre o assunto fazendo um trabalho mais profundo com esses usuários de **crack**, que eram seres humanos. Continuou dizendo que sua pergunta era o que as três esferas de saúde poderiam fazer a respeito do **crack** visto que não era apenas no município do Rio de Janeiro ou no Estado, era no país inteiro. Disse que deveriam abrir um Fórum para discutir mais sobre essa questão complicada. Sr. Liporage, representante suplente do Sindicato dos Farmacêuticos, deu boa tarde e disse que queria ter uma noção dos números de usuários de **crack** no município do Rio e como seria usado o ônibus que o Ministério da Saúde estava cedendo se para o município ou Estado do Rio e como seria usado durante o tratamento. **Dr^a. Anamaria Schneider** agradeceu e elogiou o Dr. Leonardo que tinha assumido a Coordenação de Saúde Mental a pouco tempo e estava se desdobrando para fazer um grande trabalho e muito mais do que números e grandes planos, numa intensa articulação em todos os setores da Secretaria, que tinha ido nos Conselhos Distritais e acreditava que o Dr. Leonardo iria em outros porque não era um plano com números, quantas pessoas, quantos gastos e sim um plano que tinha uma rede, uma articulação e que tinha que conversar com os hospitais, ambulatórios, Clínicas da Família, Consultórios na Rua e que ele estava fazendo isso muito bem. Continuou dizendo que queria chamar atenção para o preconceito, o estigma, que os usuários de álcool e drogas sofriam e que tinham que ficar muito atentos e se policiarem, pois esse trabalho não era exclusivo do Poder Público e como o Sr. Roque havia falado as três esferas tinham que estar integradas, mas a sociedade também, porque para que esse

trabalho desse certo ele dependia de uma rede social para além das Secretarias de Saúde e Assistência Social e que dependia de outros pontos comunitários e sociais que não eram do Governo para que conseguisse se desenvolver bem. Finalizou dizendo que deveriam pensar nisso e deixar de lado o estigma; que todos queriam ter um local para tratamento do **crack**, mas ninguém queria que fosse na sua rua, no seu bairro porque teriam **viciados e seus familiares** perto das suas casas. Disse que não tinha dúvida que essa política de internar em hospital geral e de oferecer outras oportunidades de moradias, unidades de acolhimento além dos CAPS's era fundamental para o êxito do plano. Para lembrar disse que essa área tinha entrado como ponto estratégico da Secretaria no período de 2014 e 2017 e que poderiam ver de forma clara no PPA e também no Plano Municipal de Saúde que irão discutir com os conselheiros. **Dr. Leonardo** disse que teria que ser breve devido a uma reunião, que em relação a separação das duas esferas quanto a Grupos de Atenção, pergunta feita pelo Sr. Romano disse que não havia separação apenas mais foco e atenção ao grupo de usuários de **crack**. Que não faziam essa distinção. Falou sobre a transformação dos CAPSad's II em III e que os novos seriam III para psicóticos, transtornos graves, álcool, **crack** e outras drogas. Sobre os Consultórios na Rua disse que a população prevista para atendimento era de aproximadamente mil usuários, menos que o previsto para a Saúde da Família e que era um trabalho muito intenso, muito próximo e difícil e que muitas vezes passavam o dia inteiro resolvendo situações complicadas. Que eram previstas tipos de equipe, Tipo I, Tipo II e Tipo III, que tinha um médico, três profissionais de nível superior (um enfermeiro, um psicólogo e outro de nível superior), quatro agentes comunitários e um técnico de enfermagem. Disse que tinham poucas equipes nesse momento e havia perspectiva que fosse ampliada. Falou sobre um congresso no início de junho em São Paulo e que havia iniciativa do Ministério para que discutissem mais sobre o assunto com relação às necessidades e problemáticas quanto aos cuidados, inclusive dos profissionais não somente nas ruas, mas nos CAPS's também. Continuou dizendo que era muito importante que tivessem vínculos estáveis, CLT ou outro regime. Que quando se falava de cuidados com os adolescentes disse que um dos fatores mais associados à recaída e internações era a continuidade de cuidados e que era fundamental a permanência desses profissionais, pois trabalhavam com vínculo, de acordo com a lei e não daria para ficarem trocando esses profissionais a cada três, quatro meses. Disse que o Consultório na Rua trabalhava também com pessoas em situação de rua, com necessidades de saúde e que não era a missão desse Consultório recolher ou levar essas pessoas para qualquer tipo de espaço de internação. Que o Consultório tratava dos cuidados de saúde. Deu exemplo de um indivíduo que tinha sido levado para o Rio Acolhedor de Santa Cruz, que a equipe central do Consultório da rua entraria em contato com a equipe da AP 5.3 e esta, em contato com o Rio Acolhedor da área para continuar oferecendo o cuidado que essa pessoa necessitasse. Disse que havia essa integração da equipe do Consultório na Rua e que essas equipes eram vinculadas à Atenção Primária e Coordenações de Área, mas também a havia uma Coordenação Central, pois havia um curso migratório constante e existia especialmente a questão do Rio Acolhedor com uma média de 400 a 450 (quatrocentas a quatrocentas e cinquenta) pessoas abrigadas provocando uma sobrecarga na rede local de saúde e que isso estava sendo foco de discussões importantes dentro da Saúde e da Assistência Social. Que importaram equipes de saúde naquela área devido aos indivíduos que já estavam lá além dos que chegam no Rio Acolhedor. Disse que na Central de Recepção de pessoas na Praça da Bandeira também tinham um foco de trabalho da equipe de Consultório na Rua e da equipe de Saúde da Família da AP 1.0. Com relação a apresentação dos projetos no Conselhos disse que era um projeto dinâmico e que já havia algumas pactuações com o Ministério Público, com o Ministério da Saúde; que já tinham tido algumas audiências públicas, mas que era dinâmico e isso envolvia a participação da sociedade como um todo e por isso, havia necessidade da apresentação nos diversos espaços e nos Conselhos, principalmente, onde havia prevista a implantação de CAPSad na AP 4.0, na AP 5.1, na AP 3.1, na AP 3.2 e na AP 3.3, mas que poderiam fazer a apresentação em todos os Conselhos da cidade do Rio de Janeiro. Respondendo ao conselheiro Geraldo sobre a pergunta da Promotora da Saúde Mental, Sr^a Anabelle se tinham feito uma visita lá no CAPSad's nas áreas da AP 5.3 disse que ela era uma grande parceira e defensora desse projeto e que era muito importante a participação do Ministério

Público e que quando falavam de internação compulsória e internação involuntária, ambas passavam pelo Ministério Público. Continuou dizendo que a promotora Anabelle era protagonista e que puxava discussões e que sua equipe técnica da tinha visitado todos os CAPSad's e leitos de hospitais gerais e que estava promovendo discussões sobre o plano de tratamento do **crack** e que ao longo do mês de junho teriam quatro agendas com a promotora para discutirem e aprofundarem as questões locais. Com relação ao assunto em pauta disse que hoje tinham alguns parâmetros claros na lei apresentada, que era muito consolidada e que outra ainda seria submetida em algumas instâncias e que o plano era baseado em normativas contidas nas leis indicadas pelo Ministério da Saúde. **Dr. Leonardo** respondendo onde seria o CAPSi da Maré disse que apesar das ações da Superintendência que estabelecia uma composição de estar com os grupos de Saúde Mental dentro das secretarias de Atenção Hospitalar, toda a discussão de implantação desses dispositivos era feita com as Coordenações de Área, pois na Saúde Mental era fundamental ser respeitado e mantido porque o diferencial dos CAPS's estava na questão territorial. Que na área da AP 3.1 tiveram com o Coordenador de área, Dr. Hugo Fagundes analisando uma série de espaços para a implantação do CAPSAD e que existia um espaço possível que seria o antigo SESI e que estava em estudos a viabilidade desse local. Respondendo a pergunta da conselheira Maria de Fátima, com relação ao CAPSi Visconde de Sabugosa disse que muito o preocupava o fato de ter sido aberto no final do ano passado e que ainda estava sendo formalizado pelo ponto de vista contratual e que era muito longe da possibilidade de habilitação e por isso não tinham pensado em expandir os CAPSi's para que pudessem oferecer suporte não somente para o CAPSi Visconde de Sabugosa, lugar considerado estratégico e de fácil acesso, mas também para outros e a ideia era que pudessem ampliar e ter uma estrutura um pouco melhor. Continuou dizendo que havia sim uma previsão de orçamento para esse fim. Voltou a reforçar que o trabalho de Consultório na Rua era baseado na situação de rua e que as equipes tinha um intenso trabalho para com essas famílias. **Dr. Leonardo** respondendo à pergunta do Sr. Marreta com relação a onde ser atendido disse que dependendo da situação existia uma série de dispositivos para serem acionados caso encontremos alguém na rua passando mal como Uti móvel, SAMU e de alguma forma estarão oferecendo a rotina de cuidados. Disse que na situação de rua qualquer cidadão que esteja passando mal poderá acionar o SAMU. **Sr. Marreta** reforçou como deveria encaminhar uma pessoa que estivesse mal. **Dr. Leonardo** disse que uma pessoa que estivesse na rua passando mal por conta do uso de drogas ou intoxicação que deveria chamar o serviço de saúde de urgência móvel. Com relação a uma pessoa que estivesse em casa e dispusesse de um dispositivo de saúde para se tratar voluntariamente ou a família apontasse uma unidade de cuidado que existiam serviços no território para esses cuidados, dois especificamente, as Clínicas da Família e os CAPSad's como portas de entrada e que era fundamental que o gestor público divulgasse mais essas portas de entrada, investir mais em divulgação para informar melhor sobre esses locais de atendimento, Clínicas da Família, Postos de Saúde, locais de Atenção Básica ou CAPSad's nas áreas que tiverem e que não precisava ter local próximo de residência era somente procurar esses locais de acolhimento que acolhiam na hora e, caso houvesse qualquer necessidade e outras informações, o usuário seria mandado por referência para sua respectiva área. Disse que a apresentação dos slides estavam no site do Ministério Público com todas as informações e reforçou que era importante divulgar. Sobre as modalidade de internação disse que eram três e que o Consultório na Rua era um status dentro da área psicossocial um equipamento que estaria compondo as necessidades de internação visto que a internação a partir de um dispositivo clínico não era internação compulsória que era por ordem judicial; que seria voluntária ou involuntária e que 99% (noventa e nove por cento) eram voluntárias. Finalizando, **Dr. Leonardo** perguntou se alguém não tinha sido contemplado com as respostas e falaram do ônibus e o mesmo disse que os mesmos forma doados pelo Governo Federal e que era um plano entre o Ministério da Saúde e Ministério da Justiça e que no Rio de Janeiro havia uma parceria da Guarda Municipal e a Secretaria de Desenvolvimento Social que estavam gerenciando esses equipamentos e que a Secretaria de Saúde tinha um suporte da Superintendência como protagonista e dentro dos ônibus tinham um fluxo a partir dos Consultórios na Rua nas áreas que esses ônibus estariam atuando e quando detectada uma demanda de saúde, como algum usuário de

crack que necessitasse de um cuidado, seria acionada a equipe de Consultório na Rua e provavelmente teriam os dados cadastrados e caso não tivessem seria registrado e cadastrado sendo encaminhado ao local de melhor atendimento para o seu perfil. Os ônibus estariam em áreas estratégicas da cidade e áreas cobertas pelas equipes de Consultório na Rua. **Sr. Marinaldo** ratificou sua pergunta sobre as Clínicas da Família como porta de entrada porque havia uma grande rotatividade de mão de obra terceirizada que não estabeleciam vínculo. Perguntou como conseguirão ter um serviço de porta de entrada sem profissionais adequados para atenderem. **Dr. Leonardo** disse que havia trabalhado como médico de família apesar de ser psiquiatra, não como administrador, mas na linha de frente e que poderia dizer que hoje esse era o espaço mais adequado para dar conta dessa demanda inicial e de complexidade menor e na complexidade maior seria articulado com o CAPSad, com leitos de hospital geral e com Consultórios na rua quando houvesse a população de situação de rua. Quanto à questão da rotatividade e a estabilidade dos profissionais deveriam sim ser levados em consideração e que considerava o dispositivo mais apropriado para a porta de entrada e ordenador era o investimento na capacitação não somente para os profissionais de saúde como também nas estratégias de matriciamento a partir da integração da Saúde da Família. Que hoje tinham um estabilidade muito maior do que antes na cidade. **Sr. Ludugério** disse que a pauta era muito polêmica e que ficariam a tarde toda falando sobre o assunto, mas que o Dr. Leonardo tinha um compromisso e não poderia ficar mais tempo e que ele, Ludugério, não tinha se inscrito para fazer inúmeras perguntas por conta do tempo. Disse que futuramente o Dr. Leonardo retornaria à plenária para falar mais sobre o assunto. Finalizou agradecendo e dando boa tarde a todos. Não havendo mais nada a ser debatido foi encerrada a reunião cuja ata eu Carmem Terezinha Gomes Sasaki dou por lavrada e assino em conjunto com o Sr. Ludugério Antônio da Silva, como substituto do presidente deste Conselho Dr. Hans Fernando Rocha Dohmann.

Carmem Terezinha Gomes Sasaki

Ludugério Antônio da Silva