

***Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção
em álcool e outras drogas
PEAD 2009-2011***

1. O SUS começou a desenvolver ações sistemáticas e regulares de atenção integral em álcool & outras drogas (AD) a partir de 2003. Antes, ocorreram algumas iniciativas importantes, porém isoladas. Em 1999, um Plano de Atendimento foi enunciado, mas sem definição de metas e recursos financeiros. Com a criação dos CAPS-AD em 2002 iniciou-se a implantação de uma rede de serviços direcionada especificamente a esta finalidade. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas¹, de 2003, aponta para a necessidade de implementar ações intersetoriais, com a assunção da responsabilidade pelo SUS ao cuidado integral em AD. O cenário à época mostrava que os *vazios assistenciais* do SUS eram preenchidos pela ação social, pelos abrigos e por instituições filantrópicas de orientação religiosa, especialmente as comunidades terapêuticas, cuja expansão se deu principalmente no período de 1980 a 1999. A primeira constatação é, pois, a da ausência de tradição mais forte da saúde pública em lidar com o tema.

2. Em segundo lugar, o *cenário epidemiológico* mostra a expansão do consumo de algumas substâncias, especialmente álcool e cocaína (esta última na forma de pó ou cloridrato e nas formas impuras da pasta-base, crack, merla e outros preparados para uso fumado). A maconha tem prevalência importante, porém relativamente estável. As substâncias inaladas (cola de sapateiro, thinner) são relevantes porque se associam com as situações de extrema vulnerabilidade social e pessoal de crianças, adolescentes e jovens, especialmente em situação de rua. O uso de psicoativos de prescrição médica (principalmente os benzodiazepínicos e os anorexígenos) também constituem preocupação relevante. Finalmente, as modernas drogas sintéticas do tipo anfetamínicas, como o ecstasy, aparecem com uso crescente nos segmentos urbanos jovens².

3. Terceiro: a rede pública de saúde mental é o lócus adequado para centralizar e irradiar as ações de atenção integral em álcool e drogas.

Entretanto, ela precisa ser urgentemente fortalecida, ampliando-se:

- a) a rede de CAPS-AD, CAPS-i, CAPS-I e CAPS-III;
- b) ações adequadamente orientadas, como intervenções breves efetivas, na atenção primária;

¹ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

² I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001 / E.A. Carlini.. [et al.]. - São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], - São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

- c) a retaguarda de leitos de internação em hospitais gerais e emergências;
- d) a oferta e responsividade da rede de proteção social, que constitui a malha intersetorial (Assistência Social, Educação, Habitação, Esporte & Lazer, Segurança Pública, Justiça e Cidadania) capaz de dar conta de intervenções que sejam eficazes e favoreçam a inclusão social e o enfrentamento do estigma.

É necessário assegurar um enfrentamento eficaz, competente e ancorado nos direitos de cidadania de dependentes, usuários, seus familiares e a população em geral.

4. Em quarto lugar, é necessário ampliar e intensificar radicalmente a articulação do Estado com as *instituições e iniciativas que emergem da sociedade civil* no enfrentamento do grave problema das drogas, que afeta a sociedade como um todo, e que demanda soluções criativas e consistentes, através da cooperação indispensável das políticas públicas com as instituições da sociedade.

5. O Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas - PEAD 2009-2011 tem o objetivo de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde e tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas, de modo a prover uma resposta adequada, sensível ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da complexa clínica no âmbito de AD, associando-se, no plano intersetorial, às demais políticas geradoras de inclusão e cidadania.

6. São prioridades do PEAD: a) os segmentos vulneráveis, nas faixas etárias de crianças, adolescentes e jovens, e b) os 100 maiores municípios brasileiros e 5 municípios da região de fronteira.

Minuta Portaria

Cria plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas (PEAD 2009-2011) e define suas diretrizes gerais, ações e metas

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando

o cenário epidemiológico recente, que mostra a expansão no Brasil do consumo de algumas substâncias, especialmente álcool, cocaína (pasta-base, crack, merla) e inalantes, que se associa ao contexto de crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade;

a lacuna assistencial nas políticas de saúde para a questão da prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo do álcool e de outras drogas;

a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas;

a necessidade de construção, sob a coordenação do campo da saúde pública, de respostas públicas intersetoriais eficazes, sensíveis à cultura e às peculiaridades da clínica de álcool e outras drogas;

a necessidade de fortalecimento e qualificação da rede de atenção à saúde mental existente;

as determinações da lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”;

as determinações da Lei 8069/90 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente em seus artigos 4º e 11 que estabelecem com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida e à saúde por meio de políticas públicas que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde;

as diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2004;

as diretrizes e recomendações para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens;

as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde no que diz respeito à morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, as ações preventivas ao consumo de álcool e outras drogas previstas no Programa Saúde na Escola, e a necessidade de abordagens preventivas e de promoção da saúde dirigidas às crianças desde a primeira infância;

a Portaria nº 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

a Portaria nº 816/GM, de 30 de abril de 2002, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;

a Portaria nº 1612/GM, de 09 de setembro de 2005, que aprova as Normas de Funcionamento e

Credenciamento/ Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas

as determinações da Portaria Interministerial nº 1426/2004 e Portaria nº 647/08, que dispõem sobre a atenção integral de saúde para adolescentes em cumprimento de medidas sócio-educativas;

a adesão do Brasil ao Programa “Mental Health Gap Action Program”, da Organização Mundial da Saúde, de 2008, que prevê estratégias para a redução da lacuna assistencial entre a demanda e a oferta de serviços para atenção em saúde mental em todos os países do mundo, especialmente os países em desenvolvimento;

RESOLVE:

Art 1º. Criar o Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas (PEAD 2009 - 2011), com as seguintes finalidades:

I. ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS);

II. diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas;

III. construir respostas intersetoriais, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas;

§ 1º. O PEAD será desenvolvido em 3 Etapas, sendo: I Etapa em 2009, II Etapa em 2010 e III Etapa em 2011.

§ 2º. Os recursos financeiros para execução das ações da I Etapa serão oriundos das fontes constantes do Anexo II desta Portaria. Para as demais Etapas, II e III, o financiamento das ações ocorrerá de acordo com a dotação orçamentária disponível no período.

Art 2º. Estabelecer que as ações do PEAD (2009 – 2011) devem orientar-se segundo as seguintes diretrizes gerais:

a. **Direito ao tratamento:** todo usuário de álcool e outras drogas tem direito a um tratamento de qualidade, ofertado pela rede de serviços do SUS, e que considere os diversos aspectos envolvidos no seu processo de adoecimento.

b. **Redução da lacuna assistencial:** ao SUS cabe a tarefa de garantir o acesso a ações e serviços de saúde mental compatíveis com as demandas dos usuários de álcool e outras drogas.

c. **Respeito e promoção dos direitos humanos e da inclusão social:** os usuários de álcool e outras drogas devem ser tratados com dignidade e respeito e a eles deve ser garantido o real acesso ao direito à saúde, ao bem-estar físico e mental, ao tratamento de qualidade, à moradia, à cultura, entre outros.

d. **Enfrentamento do estigma:** deve haver uma dimensão política de enfrentamento do estigma associada a toda e qualquer ação proposta para a população usuária de álcool e outras drogas, haja visto que o acesso ao cuidado tem importantes barreiras sociais, oriundas de uma compreensão de que a estes cidadãos devem ser ofertadas somente políticas repressivas; o estigma se manifesta também pela desconfiança dos usuários em relação ao acolhimento e cuidado oferecido pelo Estado.

e. **Garantia de acesso a um tratamento de eficácia comprovada:** na discussão de modelos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas é preciso incorporar as pesquisas e avaliações que vêm sendo feitas no país e no exterior, que apontam as melhores estratégias, eficazes e custo-efetivas, de cuidado para esta população.

f. **Reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e dos padrões de consumo:** as políticas públicas voltadas para os usuários de álcool e outras drogas devem levar em conta a estreita ligação entre a dinâmica social e os processos de adoecimento.

g. **Garantia do cuidado em rede, no território, e de atenção de base comunitária:** o cuidado integral aos usuários de álcool e outras drogas deve ser garantido em uma rede diversificada de ações e serviços de saúde mental, de base comunitária e territorial.

h. **Priorização de ações para crianças, adolescentes e jovens em situações de vulnerabilidade:** há uma tendência de uso de álcool e outras drogas cada vez mais cedo nesta população, além das altas prevalências de uso de álcool e drogas entre jovens. Esta situação apresenta-se mais grave quando se considera também o impacto das conseqüências danosas do álcool e do crack, por exemplo, na vida afetiva, familiar e social, além dos prejuízos à saúde nesta população.

i. **Enfoque intersetorial:** o cuidado à saúde mental da população infanto-juvenil tem sempre caráter multidisciplinar e intersetorial. As ações de atenção integral a crianças e adolescentes não se desenvolvem somente no campo das ações clínicas, mas se relacionam com as questões da família, da comunidade, da escola, da moradia, do trabalho, da cultura, além dos grandes problemas sociais do mundo contemporâneo - como o tráfico de drogas e a violência.

j. **Qualificação das redes de saúde:** devem ser ampliadas as ofertas de capacitação e fortalecidos os processos de formação permanente e supervisão para profissionais que lidam com esta população, de acordo com as demandas identificadas.

l. **Adoção da estratégia de redução de danos:** este deve ser um norte ético de todo qualquer serviço do SUS, que deve reduzir os danos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, especialmente relacionados à saúde, mas não exclusivamente. Trata-se de uma diretriz que toma como base as condições e possibilidades do usuário do SUS, em vez de partir do que os serviços oferecem.

Art. 3º. Definir os seguintes eixos de intervenções para as ações do PEAD (2009–2011):

I. Ampliação do acesso ao tratamento: expansão da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos de atenção integral em saúde mental e ações de saúde mental na atenção básica, e articulação efetiva da rede de saúde com a rede de suporte social.

II. Qualificação da Atenção - Formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento: qualificação da rede de cuidados, com investimento na formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento.

III. Articulação intra e intersetorial, com a sociedade civil e participação social: apoio à articulação entre as políticas da Saúde, Desenvolvimento Social, Educação, Esporte, Justiça, Trabalho, Direitos Humanos, Cultura e outras políticas sociais. Apoio a ações com a participação da sociedade civil, em projetos comunitários que se articulem às redes de saúde mental.

IV: Promoção da saúde e dos direitos, inclusão social, enfrentamento do estigma: apoio a

estratégias e ações para a sensibilização de gestores, profissionais e população em geral sobre os direitos das pessoas que usam álcool e outras drogas e a experiências comunitárias que trabalham com o estigma e com a inclusão social.

Art 4º Definir que a etapa I do PEAD (2009 – 2011) terá como prioridade o investimento em ações direcionadas aos 100 maiores municípios brasileiros, com população superior a 250.000 habitantes, além de Palmas, por ser capital e 5 municípios de fronteira selecionados, listados no Anexo I, por apresentarem fragilidades na rede assistencial e/ou os maiores problemas, do ponto de vista epidemiológico.

Parágrafo único. Nas etapas II e III do PEAD, novos municípios poderão ser incluídos entre as prioridades. De acordo com as necessidades identificadas.

Art 5º. Definir como linhas de ação para o PEAD:

Eixo I: Ampliação do acesso ao tratamento

- Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) e Centros de Atenção Psicossocial 24 horas (CAPS III);
- Implantação de leitos de atenção integral em saúde mental em hospitais gerais;
- Estímulo ao fortalecimento do componente de saúde mental/álcool e outras drogas nas equipes de saúde da família e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs);
- Implantação/piloto de casas de passagem/moradias assistidas;
- Fortalecimento e expansão de experiência de intervenção comunitária, como consultórios de rua e outros (articuladas à atenção básica e visando à inclusão social);
- Articulação eficaz da rede de saúde mental do SUS com a rede de suporte social intersetorial, composta por entidades governamentais e não-governamentais.

Eixo II: Qualificação da Atenção - Formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento:

- Realização de cursos de Especialização e atualização em saúde mental, com ênfase em álcool e drogas, para profissionais da atenção básica e CAPS (incluindo a estratégia de Telessaúde e ensino à distância);
- Criação do Observatório Nacional sobre Álcool, Drogas e Saúde Pública;
- Implantação da Rede de Pesquisa em Saúde Mental;
- Lançamento de publicações sobre álcool e outras drogas dirigida a públicos diversificados;
- Desenvolvimento de ações contínuas de monitoramento e avaliação das ações de saúde mental, com ênfase nos CAPS e atenção básica.

Eixo III: Articulação intra e intersetorial, sociedade civil e participação social:

- Implantação de Pontos de Cultura articulados ao campo da saúde mental;
- Apoio a iniciativas de Geração de Renda e Inclusão Social pelo trabalho, para pessoas com transtornos mentais relacionadas ao uso de álcool e outras drogas;
- Criação de Comitê Interministerial para integração de políticas federais para ações intersetoriais de prevenção e tratamento voltadas para usuários de álcool e drogas;
- Incentivo e qualificação das ações de redução de danos na rede de atenção em saúde mental em articulação com a rede ampliada;

- Implantação de Centros de Convivência (Pontos de Acolhimento e Integração Social) para usuários de álcool e outras drogas, em articulação com as políticas de assistência social e direitos humanos;
- Fomento à criação de fóruns intersetoriais voltados para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade;
- Ampliação da rede de suporte social (casas de passagem, instituições sociais de acolhimento e outras).
- Ampliar ações em articulação com o PRONASCI.

Eixo IV: Promoção da saúde e dos direitos, inclusão social, enfrentamento do estigma:

- Promoção de educação para prevenção do uso de álcool e outras drogas para alunos do ensino técnico, médio e fundamental;
- Sensibilização de gestores públicos da rede de atenção à saúde mental para os direitos dos usuários de álcool e outras drogas, especialmente crianças e adolescentes, e para o estigma como barreira para o acesso aos serviços;
- Articulação de ações com os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde já implantados nos municípios foco da Etapa I do PEAD;
- Desenvolvimento prioritário de ações conjuntas previstas no componente da redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- Fortalecimento da articulação com as ações do Programa Saúde na Escola (DAPES/DAB/SAS/MEC) e Saúde e Prevenção nas Escolas (SAS/SVS/MEC);
- Desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde mental na primeira infância.

Art 6º Definir que o componente hospitalar do PEAD deverá atender às diretrizes e especificações da Portaria nº 1612, de 09 de setembro de 2005, que aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHRad) e das recomendações propostas pelo Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais, criado pela Portaria nº 1899/GM, de 11 de setembro de 2008.

Parágrafo único – O componente hospitalar do PEAD deve conter mecanismos definidos de referência e contra-referência, que incluam as redes locais ou regionais de urgência/emergência, atenção psicossocial e proteção social.

Art. 7º. Definir que o PEAD deverá desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde mental na primeira infância, além de ações de prevenção e promoção articuladas ao Programa Saúde nas Escolas e à Política Nacional de Promoção da Saúde.

Art 8º É da competência do Ministério da Saúde:

- a) A gestão do PEAD no âmbito federal;
- b) A articulação e integração dos programas do governo federal em torno do tema do uso/abuso de álcool e outras drogas e da violência;
- c) Prestar assessoria técnica aos estados e municípios no processo de discussão e implantação das ações do PEAD;
- d) Apoiar técnica e financeiramente, no âmbito de sua competência e conforme pactuações estabelecidas, a ampliação dos serviços dos níveis hospitalar, ambulatorial e de atenção básica integrantes do PEAD;
- e) Monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas;
- f) Priorizar o cadastramento de unidades de saúde municipais que dependam de habilitação específica do MS.

Art 9º É da competência das Secretarias Estaduais de Saúde:

- a) Articular e integrar as ações do PEAD no âmbito estadual;
- b) Coordenar os mecanismos loco - regionais de referência e contra-referência do componente hospitalar e do sistema urgência/emergência;
- c) Apoiar técnica e financeiramente, no âmbito de sua competência e conforme pactuações estabelecidas, a ampliação dos serviços dos níveis hospitalar, ambulatorial e de atenção básica integrantes do PEAD;
- d) Monitorar, acompanhar e avaliar, em sua esfera de atuação, as ações desenvolvidas;
- e) Articular com os municípios previstos no art. 4º o desenvolvimento das ações previstas no PEAD 2009-2011.

Art 10º É da competência das Secretarias Municipais de Saúde:

- a) Coordenar e executar as ações do PEAD no âmbito municipal;
- b) Construir mecanismos de articulação intermunicipal e loco - regional;
- c) Apoiar técnica e financeiramente, no âmbito de sua competência e conforme pactuações estabelecidas, a ampliação dos serviços dos níveis hospitalar, ambulatorial e de atenção básica integrantes do PEAD;
- d) Contribuir para a ampliação da oferta de serviços da rede integrante do PEAD, no âmbito de sua competência e conforme pactuações estabelecidas;
- e) Monitorar, acompanhar e avaliar, em sua esfera de atuação, as ações desenvolvidas;
- f) Identificar, na rede de saúde mental municipal, a necessidade de expansão das intervenções de saúde e intersetoriais direcionadas às pessoas que consomem álcool e outras drogas, previstas no PEAD 2009-2011;
- g) Indicar profissionais de saúde mental e da atenção básica para participar de atividades de formação continuada;

Art. 11º. Instituir o Grupo de Acompanhamento e Avaliação do PEAD, coordenado pela Área Técnica de Saúde Mental/DAPES da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, e integrado pelas seguintes instâncias e instituições:

- I- Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS
- II- Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem/DAPES/SAS
- III- Departamento de Atenção Básica/SAS
- IV- Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/SAS
- V- Departamento de Análise e Informação de Saúde/SVS
- VI- Programa Nacional de DST-Aids/SVS
- VII- Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
- VIII- CONASS
- IX- CONASEMS
- X- Representante do Ministério da Ação Social e Combate à Fome

Art. 12º. Instituir um Grupo Consultivo Intersetorial, de âmbito nacional, para subsidiar o acompanhamento do PEAD, a ser nomeado em portaria ministerial.

Art. 13º. Aprovar o Anexo II, contendo Objetivos, Metas e Financiamento da I ETAPA do PEAD (2009) e o Anexo III, que define os critérios de prioridade de implantação dos novos CAPS do PEAD.

Art. 14º. Os recursos financeiros para execução das ações previstas no Anexo III desta Portaria, no que compete ao Ministério da Saúde, deverão onerar as seguintes ações: Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade (código 10.302.1220.8585), Atenção Especializada em Saúde Mental (código 10.302.1220.20B0), e ações referentes aos programas de

formação continuada e de ciência e tecnologia em saúde, conforme descritas.

Art. 15º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de julho de 2009.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Anexo I: Municípios prioritários para as ações da Etapa I (2009) do PEAD

U.F.	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
SP	São Paulo	10.990.249
RJ	Rio de Janeiro	6.161.047
BA	Salvador	2.948.733
DF	Brasília	2.557.158
CE	Fortaleza	2.473.614
MG	Belo Horizonte	2.434.642
PR	Curitiba	1.828.092
AM	Manaus	1.709.010
PE	Recife	1.549.980
RS	Porto Alegre	1.430.220
PA	Belém	1.424.124
SP	Guarulhos	1.279.202
GO	Goiânia	1.265.394
SP	Campinas	1.056.644
MA	São Luís	986.826
RJ	São Gonçalo	982.832
AL	Maceió	924.143
RJ	Duque de Caxias	864.392
RJ	Nova Iguaçu	855.500
SP	São Bernardo do Campo	801.580
RN	Natal	798.065
PI	Teresina	793.915
MS	Campo Grande	747.189
SP	Osasco	713.066
PB	João Pessoa	693.082
PE	Jaboatão dos Guararapes	678.346
SP	Santo André	671.696
MG	Uberlândia	622.441
MG	Contagem	617.749
SP	São José dos Campos	609.229
BA	Feira de Santana	584.497
SP	Sorocaba	576.312
SP	Ribeirão Preto	558.136
MT	Cuiabá	544.737
SE	Aracaju	536.785
MG	Juiz de Fora	520.612
PR	Londrina	505.184
RJ	Belford Roxo	495.694
PA	Ananindeua	495.480
GO	Aparecida de Goiânia	494.919
SC	Joinville	492.101
RJ	Niterói	477.912
RJ	São João de Meriti	468.309
RJ	Campos dos Goytacazes	431.839
MG	Betim	429.507
SP	Santos	417.518
SP	São José do Rio Preto	414.272
SP	Mauá	412.753
ES	Vila Velha	407.579
RS	Caxias do Sul	405.858
SC	Florianópolis	402.346
ES	Serra	397.226

PE	Olinda	394.850
SP	Diadema	394.266
SP	Carapicuíba	388.532
PB	Campina Grande	381.422
RO	Porto Velho	379.186
SP	Mogi das Cruzes	371.372
SP	Piracicaba	365.440
ES	Cariacica	362.277
AP	Macapá	359.020
MG	Montes Claros	358.271
SP	Bauru	355.675
SP	Itaquaquecetuba	351.493
SP	Jundiaí	347.738
RS	Pelotas	343.167
MG	Ribeirão das Neves	340.033
PR	Maringá	331.412
GO	Anápolis	331.329
RS	Canoas	329.903
SP	São Vicente	328.522
SP	Franca	327.176
CE	Caucaia	326.811
PR	Foz do Iguaçu	319.189
ES	Vitória	317.817
PE	Paulista	314.302
BA	Vitória da Conquista	313.898
RJ	Petrópolis	312.766
PR	Ponta Grossa	311.106
SP	Guarujá	304.274
AC	Rio Branco	301.398
SC	Blumenau	296.151
PE	Caruaru	294.558
MG	Uberaba	292.377
PR	Cascavel	291.747
SP	Suzano	279.394
SP	Limeira	278.776
PE	Petrolina	276.174
PA	Santarém	275.571
PR	São José dos Pinhais	272.530
SP	Taubaté	270.918
RS	Santa Maria	266.822
RS	Gravataí	266.230
SP	Barueri	264.619
MG	Governador Valadares	261.981
RR	Boa Vista	260.930
RJ	Volta Redonda	259.811
RS	Viamão	257.844
RS	Novo Hamburgo	255.945
CE	Juazeiro do Norte	246.515
TO	Palmas	184.018
RS	Uruguaiana	127.138
MS	Corumbá	99.196
RS	Santana do Livramento	84.779
MS	Ponta Porã	74.601
AM	Tabatinga	47.501

Anexo II

Objetivos, metas e financiamento da Etapa I (2009) do Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas

Eixo I	Ampliação do acesso ao tratamento em saúde mental	Recursos (2009)	Fonte
Objetivo I.1	Implantação de 40 novos Centros de Atenção Psicossocial nos municípios prioritários dentre os 100 maiores municípios do país e capitais (20 CAPSad, 15 CAPSi e 5 CAPS III) – Mais Saúde –	R\$ 3.025.000,00	PPA/Ações da Saúde Mental e MAC
Objetivo I.2	Implantação de 600 leitos de atenção integral em saúde mental (Portaria GM nº 1612/05)	R\$ 7.000.000,00	MAC
Objetivo I.3	Estímulo à contratação de pelo menos 1 profissional de saúde mental nas equipes de NASF a serem implantadas nos 100 maiores municípios do país e capitais	orçamento DAB/SAS	DAB/SAS
Objetivo I.4	Implantação/piloto de casas de passagem/moradias assistidas (10 unidades)	R\$ 500.000,00	PPA/Saúde Mental (SRT)
Total		R\$ 10.525.000,00	
Eixo II	Qualificação da Atenção: formação, supervisão e produção de informação e conhecimento	Recursos (2009)	Fonte
Objetivo II.1	Implantar Cursos de Especialização e atualização em saúde mental, com ênfase em álcool e drogas, nos 100 maiores municípios do país (8 cursos de especialização e 40 cursos de atualização), além de programas intensivos de ensino à distância (Telessaúde e Supera III)	R\$ 2.800.000,00	SGTES/GSI SENAD
Objetivo II.2	Implantar Observatório Nacional sobre Álcool, Drogas e Saúde Pública	R\$ 800.000,00	DECIT/UNODC
Objetivo II.3	Realizar levantamento preliminar para estimar demanda potencial para tratamento de crack nos 100 maiores municípios brasileiros (2009-2010)	R\$ 500.000,00	DECIT/UNODC
Objetivo II.4	Implantação da Rede de Pesquisa em Saúde Mental	R\$ 200.000,00	DECIT/PPA-Saúde Mental
Objetivo II.5	Lançar publicação sobre álcool e outras drogas dirigida aos profissionais de rede de atenção à saúde mental	R\$ 70.000,00	PPA/DAPES/Saúde Mental
Total		R\$ 4.370.000,00	

Eixo III	Articulação intra e intersetorial Articular e integrar programas do governo federal em torno do tema do uso/abuso de álcool e outras drogas e da violência	Recursos (2009)	Fonte
Objetivo III.1	Edital com MINC para implantação de 30 Pontos de Cultura	R\$ 1.500.000,00	PPA DAPES/Saúde Mental/MINC
Objetivo III.2	Edital com MTE para apoio a 50 iniciativas de Geração de Renda	R\$ 750.000,00	PPA DAPES/Saúde Mental e MTE
Objetivo III.3	Criação de Comitê Interministerial para integração de políticas federais para ações intersetoriais voltadas para usuários de álcool e drogas		
Objetivo III.4	Incentivar e qualificar ações de redução de danos na rede de atenção em saúde mental em articulação com a rede ampliada, através de Edital conjunto com o Programa Nacional de DST/AIDS (24 projetos de redução de danos desenvolvidos por secretarias municipais ou estaduais de saúde ou por organizações da sociedade civil)	R\$ 1.400.000,00	Já lançado
Objetivo III.5	Implantação de Centros de Convivência (Pontos de Acolhimento e Integração Social), em articulação com MDS e SEDH, em 15 municípios	R\$ 750.000,00	MS/MDS/SEDH
Objetivo III.6	Fomentar a criação de fóruns intersetoriais voltados para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade	R\$ 100.000,00	MS/SES/SMS e secretarias afins
Objetivo III.7	Fomentar ações de prevenção do consumo de álcool e outras drogas e HIV/AIDS para população de rua	R\$ 500.000,00	MS (SAS/DAPES/ Saúde Mental, SGEP, SVS/PN DST/AIDS)
Objetivo III.8	Realizar oficina nacional de articulação com comunidades terapêuticas e ONGs	R\$ 200.000,00	SAS/DAPES/SM E MDS
Objetivo III.9	Criar mecanismos de regulação para vagas em comunidades terapêuticas, quando necessárias, no contexto loco-regional		MS/MDS
Objetivo III.10	Inserir o canal Disque Jovem no Disque Saúde		SAS/DAPES/ Saúde do Adolescente
Objetivo III.11	Estimular e articular a criação de grupos de protagonismo juvenil		SAS/DAPES/ Saúde do Adolescente
Total		R\$ 5.200.000,00	

Eixo IV	Promoção da saúde, dos direitos e enfrentamento ao estigma	Recursos (2009)	Fonte
Objetivo IV.1.	Promover educação para prevenção do uso de álcool e outras drogas para alunos do ensino técnico, médio e fundamental, em consonância com ações previstas no Programa de Saúde nas Escolas (Ministério da Educação) e com o Programa Mais Saúde (Ministério da Saúde)	R\$ 200.000,00	SVS
Objetivo IV.2.	Articular ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Especial de Direitos Humanos para atenção integral em unidades de medida sócio-educativa		MS (SAS/DAPES/ Saúde Mental e Saúde do Adolescente) e SEDH
Total		R\$ 200.000,00	

SÍNTESE ORÇAMENTÁRIA

OBJETIVOS	TOTAL (2009)
EIXO 1: Ampliação do acesso ao tratamento em saúde mental	R\$ 10.525.000,00
EIXO 2: Qualificação da Atenção: formação, supervisão e produção de informação e conhecimento	R\$ 4.370.000,00
EIXO 3: Articulação intra e intersetorial	R\$ 5.200.000,00
EIXO 4: Promoção da saúde, dos direitos e enfrentamento do estigma	R\$ 200.000,00
TOTAL	R\$ 20.295.000,00

Anexo III

Critérios de prioridade para implantação dos novos CAPS previstos na Etapa I (2009) do PEAD

Para a definição dos municípios prioritários para a implantação dos novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serão conjugados os seguintes critérios:

Critério 1: parâmetro populacional (municípios de maior contingente populacional)

Critério 2: cobertura de CAPS/100000 habitantes menor que 50%

Critério 3: garantia da equidade regional

Critério 4: cobertura de equipes de saúde da família menor que 50%

Critério 5: existência de SAMU192 ou de centrais de regulação urgência/emergência