



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 2.704, DE 2015 **(Do Sr. Delegado Éder Mauro)**

Institui o Programa Nacional de Recuperação de Dependentes Químicos.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-5321/2013. ESCLAREÇO, POR OPORTUNO, QUE EM DECORRÊNCIA DESTA APENSAÇÃO A CCJC DEVERÁ SE MANIFESTAR QUANTO AO MÉRITO.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art.1º Fica instituído o Programa Nacional de Recuperação de Dependentes Químicos, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de centros exclusivos para atendimento às pessoas com necessidades de internação voluntária, involuntária ou compulsória, para tratamento dos efeitos decorrentes da drogadição, e aos seus familiares.

Art. 2º Para efetivação do Programa Nacional de Recuperação de Dependentes Químicos serão implantados Centros de Recuperação de Dependentes Químicos – CREDEs, em todos os Estados, preferencialmente nas capitais com estrutura necessária a atender todas as atividades como de oficinas, religiosas, agrárias, alojamento, atividades físicas, auditório e ala separada para internação compulsória.

Art. 3º Constituem diretrizes para o funcionamento dos CREDEs:

- I- respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II- combate a estigmas e preconceitos;
- III- garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- IV- atenção humanizada e centrada na necessidade das pessoas, incluindo familiares e rede de apoio social no programa;
- V- diversificação das estratégias de cuidado;
- VI- desenvolvimento de atividades que favoreçam a inclusão social e laboral da pessoa, com vistas à promoção de autonomia e ao exercício de cidadania;
- VII- desenvolvimento de estratégias de redução de danos.

Art. 4º Os CREDEs possuirão preferencialmente estrutura física e recursos humanos exclusivos.

§1º Os CREDEs poderão funcionar no interior de instituições hospitalares já existentes na rede regionalizada do SUS, desde que possuam estruturas constantes no art. 2.

Art. 5º Os CREDEs terão um conselho multidisciplinar formado, no mínimo, por psiquiatra, psicólogo e assistente social, que atuarão nas fases de internação e alta da pessoa com necessidade de internação, além de profissionais ligados a área agrária, educação física, social, religiosa e profissionais específicos nos setores de oficinas.

Art. 6º Qualquer internação somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que a justifique, expedido por psiquiatra devidamente registrado no conselho Regional e preferencialmente do Instituto de Criminalística do estado.

Art. 7º Nos casos de internação voluntária, ou seja, quando há a manifestação de vontade da pessoa com necessidade de internação, o tratamento somente será administrado com o seu consentimento, se maior ou com os responsáveis devidamente comprovados e após avaliação médica do centro.

Art. 8º Nas situações de internação involuntária, ou seja, aquela que se dá sem o consentimento da pessoa, com necessidade de internação e a pedido de familiar ou convivente, por socorro ao drogadito e a família, pelos problemas decorrentes, o Administrador técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido deverá comunicar o Ministério Público Estadual no prazo de até 24 horas, cabendo em casos específicos e necessários ser requerido pelo centro força policial local para cumprimento, e para tanto ser confeccionado um BO, acompanhado de Laudo Médico, expedido por psiquiatra, preferencialmente do Instituto de Criminalística do Estado. O mesmo procedimento de comunicação do Ministério Público deverá ser adotado quando da respectiva alta.

Art. 9º No caso de necessidade de internação compulsória da pessoa com necessidade de internação, ou seja, aquela determinada pela Justiça, um médico psiquiatra, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado preferencialmente ligado ao Instituto de Criminalística, deverá confeccionar laudo médico do paciente para ser apresentado ao juiz competente, que determinará a internação, a pedido da família ou convivente, autoridade policial e Diretor do centro, que para cumprimento determinará, se necessário, o uso da força policial para cumprimento.

Art. 10. Atuarão junto aos centros de recuperação, em regime de plantão, um representante do Ministério Público e uma autoridade judiciária, que irão acompanhar os casos de internação involuntária e compulsória.

Art. 11. No caso de usuário de drogas em situação que coloque em risco sua própria vida ou a de terceiros, poderá ser feita por delegado de polícia a imediata intervenção, com a internação da pessoa usuária no CREDE, após a emissão de laudo proferido por médico psiquiatra devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado, preferencialmente do Instituto de Criminalística, que será comunicado ao Ministério Público Estadual por referida autoridade e pelo centro em 24 horas juntado cópias de BO e Laudo Médico.

§1º A internação prevista no caput deste art. 11 poderá estender-se por um período máximo de três dias, e prorrogado para tratamento por determinação judicial, a pedido do diretor do Centro, familiares e Ministério Público pelo período necessário estabelecido pela junta médica do CREDE e acompanhamento do Ministério Público

Art. 12. O aporte de recursos necessários para a criação, manutenção e administração dos centros de recuperação será feito pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal, pelos municípios, por recursos já estabelecidos em Lei e outras fontes que poderão ser definidas.

Art. 13. Esta lei entra em vigor 180 dias após sua publicação.

JUSTIFICATIVA

O envolvimento do ser humano com substâncias entorpecentes é fato existente na sociedade desde os seus primórdios. Esse fenômeno atinge adultos, crianças e adolescentes de todas as classes sociais, por motivações diversas. No Brasil, de acordo com pesquisa recente do Ministério da Justiça, por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas-SENAD (2013), mais de um milhão de brasileiros são usuários de drogas derivadas da cocaína, sendo a dependência química considerada um problema de saúde pública.

Diversos fatores contribuem para o agravamento dessa situação. Dentre esses, pode ser citada a geografia continental brasileira, a qual dificulta ainda mais a tarefa de combate às drogas, pois toneladas de entorpecentes entram no país diariamente pelas extensas fronteiras; bem como a ineficiência do Estado em combater a ação dos grupos de traficantes. Com isso, a oferta de drogas entorpecentes é muito expressiva causando um aumento cada vez maior no número de indivíduos que têm se tornado dependentes dessas substâncias. A consequência inevitável é o aumento da violência e da incidência de crimes nos centros urbanos.

Dentre as medidas existentes para o tratamento de dependentes químicos, a internação hospitalar deve ser considerada como uma importante alternativa para abordagem de indivíduos usuários com alto comprometimento de sua saúde física e mental. Ressalte-se que, de acordo com dados da SENAD, grande parte dos usuários de drogas deseja, de forma voluntária, se submeter a algum tratamento para se libertar dos efeitos deletérios que as drogas causam à saúde. Assim, diante desse quadro, é notório que mais atenção governamental deve ser dada aos programas de recuperação de dependentes químicos, direcionando mais esforços para essa área.

Vale registrar que a Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001 trouxe importantes disposições sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa Lei autoriza a internação, em qualquer de suas modalidades, apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Dessa forma, a internação somente será aplicada em casos extremos.

Ainda, de acordo com a Lei 10.216/2001, a internação pode ocorrer de forma voluntária, involuntária ou compulsória. A internação psiquiátrica voluntária é aquela que se dá com o consentimento do usuário; a internação involuntária é aquela que ocorre sem o consentimento do usuário, e a pedido de terceiro; já a internação compulsória é aquela determinada pela Justiça. Qualquer internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos. Outro detalhe importante é que no caso da internação involuntária, o responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido deverá comunicar o Ministério Público Estadual no prazo de setenta e duas horas. O mesmo procedimento deverá ser adotado quando da respectiva alta. A comunicação ao Ministério Público é necessária como forma de evitar que esse tipo de internação seja utilizado como prática de cárcere privado. Já a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Em muitas situações, o alto grau de comprometimento mental do dependente químico, pode colocar em risco a sua vida e a de terceiros. Mesmo assim, o indivíduo pode recusar-se a internar-se voluntariamente. Nesse caso a internação pode ocorrer de forma involuntária ou compulsória. No caso da internação involuntária, conforme já mencionado, o familiar pode solicitar a internação desde que o pedido seja aceito pelo médico psiquiatra. Já a internação compulsória ocorrerá sempre por decisão judicial após pedido formal feito por um médico atestando que o indivíduo não tem domínio sobre a sua condição psicológica e física.

Diante da necessidade de existência de decisão proferida por um juiz com vistas a autorizar a internação compulsória de um dependente químico,

observa-se muitas vezes que o agente de saúde não consegue intervir em situações de urgência, tais como momentos de surto ou até mesmo situações em que a vida do usuário ou de terceiros está em risco. O Projeto de Lei ora apresentado tem o escopo de viabilizar um atendimento mais célere no caso de adictos graves. Busca-se tornar a tramitação do processo de internação compulsória mais rápido, para proteger as vidas daqueles que mais precisam. As famílias com recursos econômicos já utilizam esse mecanismo por meio da internação involuntária para resgatar seus parentes das drogas. Entretanto, há a situação daquelas pessoas abandonadas que perderam totalmente os laços familiares. É obrigação do Estado tirá-las do abandono. Verifica-se que, se a indicação médica for pela internação, em muitos casos a demora na emissão da ordem judicial impede a equipe médica de manter o paciente no local. Para tentar sanar esse problema, o projeto de lei proposto dispõe que haverá em cada centro de recuperação um representante do judiciário e um representante do ministério público atuando em regime de plantão. Consequentemente, o processo será mais célere, o que pode reduzir a possibilidade de danos tanto à integridade do usuário de drogas, quanto de terceiros.

Além disso, o projeto de lei considera a possibilidade de o delegado de polícia decidir sobre a imediata internação de usuário de drogas após um laudo médico que ateste a necessidade. Nesse caso, a internação poderá ocorrer por no máximo 3 dias. Logo após a internação, o juiz competente deverá ser imediatamente comunicado para decidir sobre a suspensão da internação ou sua manutenção.

Em se tratando de pedido de internação compulsória para tratamento de drogadição severa, existe solidariedade passiva entre a União, os Estados e os Municípios. O fornecimento de tratamento médico independe de previsão orçamentária, tendo em vista que a Constituição Federal, ao assentar, de forma cogente que a saúde é direito de todos e dever do Estado, afasta a alegação de carência de recursos financeiros como justificativa para a omissão do Poder Público. Trata-se de situação de urgência, em face do iminente risco insuperável à saúde. Dessa forma, fica claro que a internação compulsória ou involuntária deve ser aplicada no sentido de se resguardar o maior direito fundamental previsto em nosso ordenamento jurídico, qual seja, a vida.

Necessário citar também a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1598/00, modificada pela Resolução nº 1952/2010, que normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. De acordo com seu art. 6º, 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.

Ao nos depararmos com casos de internação compulsória, dois dos principais direitos fundamentais do ser humano devem ser analisados: a vida e a liberdade. Entende-se que os direitos fundamentais não possuem hierarquia entre si, nem tampouco são absolutos. Dessa forma, o direito que irá prevalecer dependerá de uma profunda análise do caso concreto. Nesse sentido, visando preservar a vida e a saúde do dependente químico, que a internação compulsória vem sendo deferida pelo Judiciário. É nesse contexto que o Estado deve proteger a saúde dos dependentes químicos, inclusive provendo todas as condições necessárias para seu efetivo gozo, seja com atendimento ambulatorial adequado, seja com a disponibilização de centros de recuperação para adictos químicos. A doutrina e a jurisprudência têm entendido que o direito à vida e à saúde devem prevalecer em detrimento do direito fundamental à liberdade, nos casos em que o dependente químico encontra-se em estado de completa dependência da droga, colocando em risco a sua vida e a de terceiros.

Certo da contribuição significativa que o conteúdo do projeto em epígrafe pode oferecer, conto com o apoio dos nobres pares para a aprovação dessa proposição.

Sala das Sessões, em 19 de agosto de 2015.

Deputado DELEGADO ÉDER MAURO

PSD/PA

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
 Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
 Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
 Seção de Legislação Citada - SELEC

LEI Nº 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1598, DE 9 DE AGOSTO DE 2000

Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a revisão crítica por que passam os modelos de assistência psiquiátrica, materializada no estabelecimento de normas internacionais, inclusive os "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental", da Organização das Nações Unidas, de 17/12/91; (*Revogado pela Resolução CFM nº 1952/2010*)

CONSIDERANDO a necessidade da existência de normas brasileiras para a assistência psiquiátrica consonantes com os padrões internacionais e que contemplem a realidade assistencial nacional, em suas diversas regiões;

CONSIDERANDO que a assistência psiquiátrica deve ser proporcionada garantindo-se aos pacientes os meios adequados às suas necessidades de saúde, sejam hospitalares, ambulatoriais, comunitárias ou outros (de acordo com as necessidades de cada enfermo, em cada momento de sua trajetória vital);

CONSIDERANDO as experiências nacionais e internacionais da assistência psiquiátrica na última década;

CONSIDERANDO que qualquer médico tem o direito de exercer seu trabalho com dignidade e o dever de assegurar assistência digna aos seus pacientes quando esses fatores não existirem este fato deve ser denunciado às autoridades sanitárias e ao Conselho Regional de Medicina;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 9.8.2000,
RESOLVE:

Art. 1º - É dever do médico assegurar a cada paciente psiquiátrico seu direito de usufruir dos melhores meios diagnósticos cientificamente reconhecidos e dos recursos profiláticos, terapêuticos e de reabilitação mais adequados para sua situação clínica.

Art. 2º - É de responsabilidade do diretor técnico, do diretor clínico e dos médicos que prestem assistência a pacientes psiquiátricos garantir que esses sejam tratados com respeito e dignidade.

Art. 3º - Diretores técnicos e diretores clínicos são também responsáveis pela harmonia e integração da equipe multiprofissional envolvida na assistência aos enfermos psiquiátricos.

Parágrafo único – A participação em uma equipe multiprofissional não justifica a delegação de procedimentos específicos de cada profissão, nem isenta a responsabilidade profissional de cada agente diante dos organismos de fiscalização.

Art. 4º - O diagnóstico de doença psiquiátrica é um procedimento médico que deve ser realizado de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente, e não com base no status econômico, político, social ou orientação sexual, na pertinência a um grupo

cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente significativa para o estado de saúde mental da pessoa examinada.

Art. 5º - Os médicos que atuam em estabelecimentos de assistência psiquiátrica são responsáveis pela indicação, aplicação e continuidade dos programas terapêuticos e reabilitadores em seu âmbito de competência. É de competência exclusiva dos médicos a realização de diagnósticos médicos, indicação de conduta terapêutica, as admissões e altas dos pacientes sob sua responsabilidade.

Art. 6º - 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.

Parágrafo único – 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.

Art. 7º - Médicos assistentes e plantonistas, bem como outros médicos envolvidos nos processos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação de doentes psiquiátricos, devem contribuir para assegurar a cada paciente hospitalizado seu direito de acesso à informação, comunicação, expressão, locomoção e convívio social.

Parágrafo único – O tratamento e os cuidados a cada pessoa enferma serão baseados em um plano discutido e prescrito individualmente, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por profissional habilitado.

Art. 8º - Os médicos investidos de funções políticas ou administrativas de chefia, coordenação ou planejamento da assistência ou de fiscalização do ato médico são também responsáveis por tratamentos desumanos, ou sem base científica, aplicados aos pacientes psiquiátricos nos serviços situados em sua área de competência, por decorrência de sua ação ou omissão.

Art. 9º - Nenhum estabelecimento de saúde pode recusar o atendimento sob a alegação de que o paciente seja portador de transtorno mental, desde que este apresente um agravo somático e necessite de assistência médica.

Parágrafo primeiro - Os médicos têm o dever de denunciar qualquer membro de sua equipe de trabalho que se revele incapaz de desempenhar com perícia, prudência e diligência sua atividade profissional, principalmente se essa for realizada em paciente sob sua responsabilidade técnica.

Parágrafo segundo - Quando questionado em sua conduta profissional por superior, colega ou agente de outra profissão que componha a equipe, o médico tem o direito e o dever de registrar a razão da controvérsia e pedir a opinião da Comissão de Ética Médica e, em grau de recurso, o Conselho Regional de Medicina.

Art. 10 - Qualquer tratamento administrado a um paciente deve ser justificado pela observação clínica e registrado no prontuário médico.

Art. 11 – Um paciente em tratamento em estabelecimento psiquiátrico só deve ser submetido à contenção física por prescrição médica, devendo ser diretamente acompanhado, por um auxiliar do corpo de enfermagem durante todo o tempo que estiver contido.

Art. 12 - Pesquisas, ensaios clínicos e tratamentos experimentais com qualquer risco não podem ser realizados em nenhum paciente psiquiátrico sem o seu prévio consentimento esclarecido e em obediência ao que preceituam as normas do Conselho Nacional de Saúde para investigação em seres humanos.

Art. 13 - O médico assistente deve gozar da mais ampla liberdade durante todo o processo terapêutico, estando, no entanto, sujeito aos mecanismos de revisão, supervisão e auditoria previstos no Código de Ética Médica e na legislação vigente.

Art. 14 - Os pacientes psiquiátricos têm direito de acesso às informações a si concernentes, inclusive as do prontuário, desde que tal fato não cause dano a si próprio ou a outrem.

Art. 15 - A internação de um paciente em um estabelecimento de assistência psiquiátrica pode ser de quatro modalidades: voluntária, involuntária, compulsória por motivo clínico e por ordem judicial, após processo regular.

Parágrafo primeiro – A internação voluntária é feita de acordo com a vontade expressa do paciente em consentimento esclarecido firmado pelo mesmo.

Parágrafo segundo – A internação involuntária é realizada à margem da vontade do paciente, quando este não tem condições de consentir mas não se opõe ao procedimento.

Parágrafo terceiro – *(Revogado pela Resolução CFM nº 1952/2010)*

Parágrafo quarto – A internação compulsória por decisão judicial resulta da decisão de um magistrado.

Parágrafo quinto – No curso da internação, o paciente pode ter alteração na modalidade pela qual foi admitido originariamente.

Art. 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.

Art. 17 - *(Revogado pela Resolução CFM nº 1952/2010)*

Art. 18 *(Revogado pela Resolução CFM nº 1952/2010)*

Art. 19 - São considerados estabelecimentos médico-psiquiátricos todos aqueles que se destinam a executar procedimentos diagnósticos psiquiátricos ou assistirem a enfermos psiquiátricos, e que requeiram o trabalho de um ou mais psiquiatras para desempenhar sua atividade-fim, inclusive as unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

Parágrafo único - Tais estabelecimentos só podem previamente funcionar se inscritos no Conselho Regional de Medicina, em cuja jurisdição estejam situados.

Art.20 - Os Conselhos Regionais de Medicina não registrarão os estabelecimentos de saúde que mantenham atendimentos psiquiátricos e não atendam às normas éticas enunciadas nesta Resolução.

Art. 21 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 9 de agosto de 2000

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA
Secretário-Geral

FIM DO DOCUMENTO