



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

**\*PROJETO DE LEI N.º 5.857, DE 2009**  
**(Da Sra. Sueli Vidigal)**

Autoriza o Poder Executivo Federal, em articulação com os municípios sedes das regiões administrativas, a criar clínicas públicas para dependentes químicos de álcool e drogas.

**DESPACHO:**  
ÀS COMISSÕES DE  
SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA;  
FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO (ART. 54 RICD) E  
CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (MÉRITO E ART. 54  
RICD).

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

**SUMÁRIO**

I - Projeto inicial

II - Projetos apensados: 6644/09, 7704/10, 623/11, 5321/13, 6671/13, 6737/13, 2704/15, 3462/15, 5251/16 e 7206/17

**(\* Atualizado em 10/04/2017 para inclusão de apensados (10)**

**O Congresso Nacional** decreta:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a criar, mediante convênios com os municípios sedes de regiões administrativas, clínicas públicas para adultos dependentes em álcool e drogas.

§ 1º Entende-se por drogas, para os efeitos desta Lei, qualquer substância ou ingredientes alucinógeno, excitante ou estimulante, de uso por pessoa, não ministrada por médico competente e com receituário-tipo aprovado pela ANVISA, no âmbito de sua competência de coordenar e monitorar os sistemas de vigilância toxicológica e farmacológica.

§ 2º A administração das clínicas de que trata o *caput* terá a participação obrigatória dos órgãos municipais competentes para cuidar da matéria.

§ 3º É facultado às clínicas, criadas na forma do *caput*, a contratação, mediante convênio firmado com o Poder Público, de entidades assistenciais e instituições que atuem na recuperação de dependentes químicos.

Art. 2º Incumbirá ao Poder Executivo, nos convênios a serem firmados, prover os recursos financeiros e meios materiais necessários à criação, aparelhamento e custeio das clínicas, em parcerias com os municípios sedes das regiões administrativas.

Art. 3º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de cento e vinte dias, a contar de sua publicação.

Art. 4º As despesas com a execução da presente Lei correrão a conta das dotações orçamentárias próprias e suplementares, se necessário.

Art. 5º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

## JUSTIFICATIVA

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) estima que cerca de 200 milhões de pessoas, isto é, 4,8% da população mundial entre 15 e 64 anos, usam drogas ilícitas, e que mais de 25 milhões de usuários de drogas são dependentes químicos e precisam de tratamento para recuperação.

Este quadro tem preocupado os governos de todos os países, pois o tráfico e o consumo de drogas têm correlação direta com um número incalculável de acidentes, doenças e mortes, além de representar uma ameaça à paz local e regional.

Dados oficiais dão conta que o abuso ou a dependência de álcool e drogas representaram 33,2% das causas das mais de 250.000 internações no Brasil, no período entre janeiro a setembro de 2008. Do mesmo modo, observa-se que as internações, em primeiro lugar, resultam de transtornos do tipo esquizofrênico (39,4%); e, em segundo lugar, por transtornos do humor (15,8%). Destacamos que ambas as causas estão diretamente ligadas ao abuso de álcool e de drogas, o que atesta a gravidade do problema.

Muitas são as formas de combate e ajuda aos dependentes químicos e, portanto, longe de apontá-las em sua exaustiva numeração, citamos as seguintes: tratamento médico, terapias cognitivas e comportamentais, psicoterapias, grupos de auto-ajuda (dos tipos Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos), comunidades terapêuticas, entre tantas outras.

Em princípio, podemos afirmar que nenhuma dessas formas de ajuda consegue dar conta de todos os tipos de dependências e dependentes. Assim como não é de todo descabido afirmar que uma forma de ajuda, para uns, dá resultado e, para outros, não.

Portanto, é de todo interesse da sociedade que todo esforço e recurso empregado na prevenção, tratamento e cura de dependentes químicos seja despendido, de forma a reduzir esses números no Brasil.

Uma considerável parte desses dependentes químicos podem ser tratados e recuperados para uma vida normal e ativa economicamente, sobretudo se houver instituições públicas no âmbito de sua comunidade local, próximo do convívio familiar e amigos, assistidos por médicos, psicólogos e psiquiatras, especialistas no tratamento de dependentes químicos, funcionando em estabelecimentos municipais ou privados, desde que providos por prévio convênio, na forma estabelecida em Lei.

O objetivo da criação das clínicas públicas é oferecer um modelo voltado à desintoxicação, mas, também, fora do ambiente de enfermagem hospitalar para o qual essas pessoas costumam ser encaminhadas. Cabendo aos municípios realizar a triagem desses pacientes, e apontar, depois de diagnóstico assistido, a necessidade ou não de internação.

A certeza de que é possível recuperar homens e mulheres, nos anima a propor este projeto de lei, que autoriza o Poder Executivo a embarcar em iniciativas que irão prosperar e serão cruciais na ajuda decisiva no combate aos males causados pela dependência química.

Ante ao exposto, por entendermos de extrema relevância a medida ora proposta, é que apresentamos o presente projeto de lei, contando com o auxílio dos nobres pares para sua aprovação.

Sala das Sessões, em 25 de agosto de 2009.

**SUELI VIDIGAL**  
**Deputada Federal – PDT/ES**

## **PROJETO DE LEI N.º 6.644, DE 2009**

**(Do Sr. Jackson Barreto)**

Dispõe sobre a obrigação de o Sistema Único de Saúde dispor de unidades especializadas no tratamento, prevenção, pesquisa e combate à dependência química.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À (AO) PL 5857/2009

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde fica obrigado a dispor de unidades de saúde especializadas no tratamento, prevenção, pesquisa e combate à dependência química de drogas de abuso e na reinserção social dos dependentes, as quais serão integradas ao Sistema Nacional Antidrogas.

Art. 2º As unidades especializadas em dependência química oferecerão aos dependentes químicos, obrigatoriamente, atendimento psicológico e médico, em especial psiquiátrico, sem prejuízo da atuação interdisciplinar e multiprofissional.

Art. 3º O acompanhamento psicológico e médico, realizado nos centros especializados de saúde, deverá ser estendido aos familiares dos dependentes químicos atendidos, com prioridade para a atuação preventiva.

Art. 4º O Sistema Único de Saúde deverá desenvolver ações e programas direcionados à educação, ao esclarecimento e à conscientização social acerca dos malefícios do uso abusivo de drogas, isoladamente ou em articulação

com outras entidades, públicas ou privadas, que se ocupem do combate à dependência química.

Art. 5º A formação e capacitação de profissionais da área da saúde acerca dos aspectos que envolvem a dependência química, inclusive aqueles voltados para o resguardo e proteção da família, deverá ser priorizada no âmbito dos serviços públicos de saúde.

Art. 6º A União fica obrigada a desenvolver e manter sistemas de informação e de avaliação e acompanhamento das ações desenvolvidas pelas unidades de saúde especializadas no tratamento da dependência química.

Art. 7º Para o cumprimento desta lei, o Sistema Único de Saúde poderá celebrar convênios, acordos e outros instrumentos congêneres com entidades privadas sem fins lucrativos, que tenham como finalidade o tratamento e a prevenção da dependência química.

Art. 8º Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação.

#### JUSTIFICAÇÃO

A sociedade brasileira tem assistido, de forma impotente, ao avanço das drogas sobre os indivíduos, em especial sobre os adolescentes e jovens. Apesar de conhecidos os efeitos nocivos do abuso de drogas que causam dependência, muitos esquecem os malefícios e se curvam ao vício, ao prazer momentâneo e passageiro.

O potencial de gerar a dependência, elevado em muitas substâncias químicas, como a cocaína e seus subprodutos, é algo que vem sendo explorado com maestria pelo tráfico. As autoridades públicas mostram-se completamente impotentes para combater de forma eficiente o alastramento e disseminação do uso abusivo dessas drogas. Não consegue combater a produção, a distribuição e muito menos o uso em escalas cada vez mais elevadas.

O aumento vertiginoso do número de dependentes químicos, por todo o território nacional, principalmente em face da disseminação do crack, um produto relativamente de mais fácil acesso e com elevadíssimo potencial de gerar a dependência, externou as fragilidades do Poder Público em prevenir e combater essa epidemia.

O Sistema Único de Saúde também teve exposta a sua fraqueza e incapacidade de lidar com os doentes, com os dependentes das drogas ilícitas. Não há pessoal especializado para tratar os usuários e as suas famílias. Não há programas para difundir os meios de prevenção e tratamento desse mal. Não existem centros capazes de concentrar conhecimento e esforços em torno de tão importante tema para a sociedade, que se constituam em verdadeiros refúgios para os atingidos pela droga e em fortaleza no combate à dependência química.

O uso abusivo de drogas está correlacionado ao seu potencial reforçador. Obviamente, vários fatores influenciam a ocorrência do uso casual e a passagem ao uso intensivo e compulsivo de determinada substância química. Mas o principal fator é o potencial reforçador de determinadas sensações prazerosas que algumas drogas possuem. São essas substâncias que precisam receber um cuidado especial de toda a sociedade, em especial dos entes do Poder Público que possuem a atribuição de atuar nessa área.

Os males sociais advindos do uso abusivo e não médico das drogas impacta negativamente não só o sistema de saúde. A dependência desenvolvida pelos usuários de drogas está na origem causal do cometimento de crimes, como furtos, roubos, assaltos, entre outros, efetuados para alimentar o vício. Os efeitos negativos se perpetuam por toda sociedade, porém são mais sentidos no seio familiar, de grande importância para a preservação de valores morais do indivíduo.

A ausência de tratamentos em centros especializados de saúde impede uma resposta adequada a esse grave problema. A falta de recuperação correta e completa de um viciado faz com que ele volte a usar a droga e a incorrer nas mesmas falhas anteriores. Se existe alguma área da saúde em que a atenção integral é importante, podemos destacar o tratamento da dependência química. Todos os aspectos precisam ser considerados e enfrentados, se não o quadro volta a se repetir indefinidamente até a morte do usuário.

As carências vivenciadas pelo SUS também se refletem no combate ao uso abusivo das drogas. Todavia, sempre devemos acreditar que algo pode ser feito. Essa é a intenção do presente Projeto de Lei. Ele pode ser um bom meio de o Parlamento dizer que sente o anseio social e busca adotar mecanismos ao seu alcance para mudar essa terrível realidade. Por isso, solicito o apoio de meus pares no sentido da aprovação da presente matéria.

Sala das Sessões, em 16 de dezembro de 2009.

Deputado JACKSON BARRETO

## **PROJETO DE LEI N.º 7.704, DE 2010** **(Do Sr. Paulo Bornhausen)**

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-6644/2009.

### **O CONGRESSO NACIONAL decreta:**

Art. 1º. Acresça-se ao art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 os seguintes §§ 4º e 5º:

§ 4º. Está incluído na assistência terapêutica integral o atendimento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas segundo modelo psicossocial de comunidades terapêuticas.

§ 5º. O tratamento a que se refere o § 4º poderá ocorrer sob o regime de residência ou sob outros vínculos de um ou dois turnos, segundo o modelo psicossocial.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

### **J U S T I F I C A T I V A**

As comunidades terapêuticas são serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial. Este, por

sua vez, corresponde os serviços de atendimento alternativos ao hospitalar e ao ambulatorial convencional, com foco na área psicológica e social da pessoa, e no atendimento multidisciplinar.

As comunidades terapêuticas surgiram no Brasil por dois motivos principais: primeiro, pela falta de opções de atendimento do Poder Público, caracterizado pelo tradicional tratamento em hospital psiquiátrico (somente desintoxicação), conjugado com o atendimento de pessoas com transtornos mentais. E, por segundo, pela procura e pedido de ajuda e apoio de pessoas dependentes ou familiares juntos as igrejas e instituições religiosas, tendo em vista o envolvimento deste segmento com os problemas de ordem social da comunidade.

A primeira comunidade terapêutica no Brasil voltada exclusivamente para o tratamento do dependente de substâncias psicoativas foi o Movimento Jovens Livres, fundada pela Missionária Presbiteriana Ana Maria Brasil em 1968 em Goiânia – GO (CHAVES, 2007). O movimento evangélico de atenção ao dependente de substâncias psicoativas, no Brasil, teve grande influência do Reverendo David Wilkerson, que, no princípio da década de 50 fundou, nos Estados Unidos, a Comunidade Teen Challenge. Essa experiência foi conhecida através do livro “A Cruz e o Punhal”. Sua vinda ao Brasil em outubro de 1972, influenciou na abertura de centenas de Comunidades Terapêuticas em todo território nacional (CHAVES, 2007). O movimento católico de atenção ao dependente de substâncias psicoativas, no Brasil, teve seu início com os trabalhos desenvolvidos pelo Padre Haroldo J. Rham a partir de 1978, quando fundou a Fazenda do Senhor Jesus e influenciou na abertura de centenas de Comunidades Terapêuticas em todo território nacional (CHAVES, 2007).

As primeiras instituições filantrópicas<sup>1</sup> que se dedicaram ao trabalho com dependentes de substâncias psicoativas, no Brasil, foram:

- Movimento Jovens Livres – Missionária Ana Maria Brasil – Goiânia/GO, 1968.
- S8 – Pastor Jeremias Fontes – Niterói/RJ, 22 de setembro de 1971.
- Esquadrão da Vida de Bauru – Edmundo Muniz Chaves – Bauru/SP, 26 de junho de 1972.

---

<sup>1</sup> Levantamento feito por um dos pioneiros em CT no Brasil, Prof. Edmundo Muniz Chaves, cujas informações estão inseridas em seu trabalho acadêmico (Monografia do Curso de Pós-graduação – Gestão de Políticas Públicas e do Terceiro Setor da Instituição Toledo de Ensino – ITE/Bauru: Descortinando a realidade das comunidades terapêuticas como serviços de atenção ao dependente de substâncias psicoativas: dos amparos legais aos amparos reais. 2007).



- Desafio Jovem de Brasília – Pastor Galdino Moreira Filho – Brasília/DF, 30 de setembro de 1972.
- Desafio Jovem Peniel – Pastor Reuel Feitosa – Belo Horizonte/MG – 1972.
- Desafio Jovem de Rio Claro – Sra. Vera Lúcia Silva – 1975.
- MOLIVE – Pastor Nilton Tuller – Maringá/PR, 1975.
- PINEL – Porto Alegre/RS – Hospital psiquiátrico que em 1975 passou a atender separadamente dependentes de substâncias psicoativas das pessoas com transtornos mentais.
- Associação Promocional Oração e Trabalho – APOT - Fazenda do Senhor Jesus – Padre Haroldo J. Rahm – Campinas/SP, 28 de maio de 1978.
- Centro de Tratamento Bezerra de Menezes – Fundado em 1968 como Hospital Psiquiátrico, em 1979 passou a atender separadamente dependentes de substâncias psicoativas das pessoas com transtornos mentais.
- Sociedade Cruz Azul no Brasil – Panambi/RS, agosto de 1983

Do período das entidades pioneiras listadas anteriormente, década de 70, até os dias atuais, houve uma explosão na criação de comunidades terapêuticas no Brasil afora. Da ausência do Estado no atendimento antes da criação dos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSaD) e também depois da implantação destes, as CT, foram historicamente e até hoje o segmento que mais oferece tratamento psicossocial à dependentes de SPA. Ou seja, as entidades do terceiro setor que atuam na prevenção, tratamento e reinserção social de pessoas dependentes de substâncias psicoativas são responsáveis hoje por 90% do atendimento de pessoas dependentes em SPA no Brasil<sup>2</sup>.

Atualmente existem no Brasil aproximadamente 2.000 comunidades, oferecendo tratamento a 40.000 residentes<sup>3</sup>. Falamos em aproximadamente, visto que não se tem uma pesquisa oficial sobre o tamanho do segmento mais expressivo no tratamento psicossocial de dependentes em SPA. Considerando que a percepção deste número remonta ao ano de 2005, até a data do presente trabalho, este número deverá ser bem superior.

---

<sup>2</sup> Site [www.forum3sdrogas.org.br](http://www.forum3sdrogas.org.br).

<sup>3</sup> CHAVES, Eugênia Maria S. e Edmundo Muniz Chaves - "O papel da Comunidade Terapêutica na Atual Conjuntura". V.II, nº 02, Pg. 23. Revista "Comunidade Terapêutica e Dependência Química em Pauta". Blumenau, CRUZ AZUL no Brasil, 2005.

A SENAD, em parceria com a Universidade de Brasília (UnB), contando também com a consultoria técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e com apoio financeiro da Comissão Interamericana do Controle de Abuso de Drogas, da Organização dos Estados Americanos (CICAD/OEA), realizou em 2006/2007, um mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007.

A primeira etapa desta pesquisa consistiu no mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais que realizam atividades de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos, ensino e pesquisa. Foram mapeadas e cadastradas, nesta etapa, 9.503 instituições.

A segunda etapa teve como meta o envio de 2.000 questionários, por correio, às instituições, /para conhecimento dos objetivos, atividades, rotinas de atendimento, composição e qualificação dos recursos humanos, infra-estrutura física e financeira. Foram respondidos 1.884 (94%) questionários e validados 1.642 (82%), sendo que 1.256 (76,50%) são entidades que oferecem tratamento.

A tabela abaixo mostra que a maioria das instituições de tratamento brasileiras é definida por seus dirigentes como comunidades terapêuticas. Das 1.256 instituições de tratamento, 483, ou 38,5% da amostra, classificam-se nessa categoria. Em seguida, aparecem os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSad), com 153 (12,2%); e os grupos de auto-ajuda, com 124 (9,9%).

<b>Segmento</b>	<b>Nº</b>	<b>Percentual - %</b>
Não resposta	28	2,2
Clínica particular	41	3,3
Hospital psiquiátrico	76	6,1
Hospital geral	14	1,1
Hospital-dia	11	0,9
<b>Comunidade terapêutica</b>	<b>483</b>	<b>38,5</b>
(CAPSad)	153	12,2
(CAPS) e (NAPS)	95	7,6
Residência terapêutica	50	4
Grupo de auto-ajuda	124	9,9
Instituição de redução de danos	32	2,5
Outras	256	20,4

*Fonte: SENAD*

Fazendo-se o cálculo, chegamos ao número de 2.799 CT no Brasil, considerando o total (9.503) de entidades mapeadas e cadastradas, tendo como parâmetro que deste número total, 76,50% são entidades de tratamento<sup>4</sup>. E dentro deste percentual, 38,5% são CT. Destacamos que este número é aproximado, visto que no mapeamento e cadastramento não se delimita o tipo de entidade e tratamento que é oferecido. Mas ao mesmo tempo este número deverá ser bem maior, visto que há um grande número de CT que não tem registros junto aos órgãos públicos e atuam informalmente. Mas é um número que nos dá uma referência da representatividade do segmento no tratamento de dependentes em SPA, em comparação a outros segmentos.

No Estado de SC, por exemplo, a Vigilância Sanitária Estadual, num levantamento sobre as CT, no final do ano de 2003 e início de 2004, aponta 54 CT, com capacidade de funcionamento de 1.455 leitos<sup>5</sup>.

Nesse contexto, a presente proposição, que tem por objetivo alterar a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, revela-se altamente importante porquanto fomentará a ampliação do atendimento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas (SPA), segundo modelo psicossocial.

Sala das Sessões, 04 de agosto de 2010.

**Deputado Federal PAULO BORNHAUSEN  
DEM/SC**

<b>LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI</b>
--

**LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a

<sup>4</sup> Cálculo do número de CT's no BRASIL tendo com base a pesquisa SENAD 2006/2007: Total de entidades 9.503 cadastradas/mapeadas na pesquisa. Percentual de entidades de tratamento: 76,50% (9.503 x 0,7650 = 7.270 entidades). Percentual de CT dentro das entidades de tratamento, segundo pesquisa: 38,50% (7.270 x 0,3850 = 2.799 CT)

<sup>5</sup> ROEDER, Maika Arno; BARBATO, Orlando José e BITTENCOURT, Raquel Ribeiro. "Perfil Situacional das Comunidades Terapêuticas do Estado de Santa Catarina". V.I, nº 01, Pg. 23. Revista "Comunidade Terapêutica e Dependência Química em Pauta". Blumenau, CRUZ AZUL no Brasil, 2004.

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

.....

TÍTULO II  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....

CAPÍTULO I  
DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES

.....

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS:

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

## CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

.....  
 .....  
**PROJETO DE LEI N.º 623, DE 2011**  
**(Do Sr. Missionário José Olimpio)**

Dispõe sobre o atendimento aos usuários de drogas e aos alcoólatras, nos hospitais da Rede Pública.

**DESPACHO:**  
**APENSE-SE À(AO) PL-7704/2010.**

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Esta lei determina o Atendimento médico específico aos usuários de drogas e de bebidas alcoólicas e orientação psicológica para a família dos mesmos nos Hospitais Públicos.

Art.2º. É obrigatório o atendimento pelos hospitais da rede pública aos usuários de drogas e alcoólatras maiores de idade por iniciativa própria e de menores por iniciativa própria ou do responsável, adotados os seguintes procedimentos:

I – Os beneficiados com o atendimento, serão cadastrados e receberão um cartão específico para este fim;

II – Após a primeira avaliação médica, será iniciado o tratamento para desintoxicação;

III – O paciente receberá acompanhamento médico durante o tempo necessário para o tratamento da dependência.

A) Será dispensado atendimento psicológico á Família do dependente.

Art.3º. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

### JUSTIFICATIVA

Hoje milhares de pessoas estão presas ao alcoolismo e as drogas, muitos sem incentivo e sem amparo, não vêem solução para esse terrível domínio que os entorpecentes exerce sobre suas vidas.

É do conhecimento da sociedade brasileira os danos causados pelo uso de bebidas alcoólicas na vida pessoal, nas famílias e na sociedade como num todo.

Cada vez mais cedo as pessoas tem se habituado ao consumo de bebidas alcoólicas. Isso tem gerado um grande prejuízo á vida de milhares de pessoas inclusive dos jovens que com o vício da bebida ficam desestimulados a estudar, com isso, aumenta a evasão escolar, que futuramente por não terem qualificação, muitas dessas pessoas não conseguem entrar no mercado de trabalho, começam a roubar aumentando o número da criminalidade no país.

É importante acrescentar que o consumo de bebidas alcoólicas incentiva o uso de drogas.

A cada ano cresce o número de acidentes de transito envolvendo pessoas alcoolizadas, que se matam e matam pessoas inocentes.

É triste assistir uma juventude sendo adaptada a cadeiras de rodas, trocando o ceio de suas famílias para morar em quartos ou mesmo em corredores de hospitais.

O consumo de bebidas alcoólicas, causam diversas doenças graves que levam à morte, uma delas a Cirrose hepática.

Se não fizermos nada por essas vítimas desse terrível mal chamado alcoolismo , eu não consigo ver um Brasil para ás próximas gerações.

O uso de drogas nos dias atuais está mais que banalizado, tornou-se parte do cotidiano da sociedade brasileira. Nos dias de hoje o uso de drogas, deixou de ser algo raro ou visto como negridão pela sociedade.

Também até a década passada a faixa etária que mais consumia drogas era a considerada jovem, hoje é consumida por crianças, adultos e até mesmo por idosos.

Vivemos nos dias de hoje uma realidade cruel e sangrenta, que vem matando rapidamente a juventude de nosso país, essa mesma realidade tem matado também pais de família que depois de adulto passaram a ter acesso a esse mal destruidor chamado entorpecente, isso tem se expandido por todo o país, com ênfase a cocaína, a merla e principalmente o crack, por ter um custo mais baixo, são consumidos em locais públicos e a qualquer hora do dia.

Atualmente cidades brasileiras que antes tinham uma vida pacata, com índices baixíssimos de criminalidade, enfrentam hoje uma realidade de violência e mortalidade, crimes esses incentivados pelo uso de entorpecentes. Esses crimes tem se agravado muito até mesmo em cidades com menos de sem mil habitantes.

O Brasil no presente momento encontra-se desarmado e desprovido diante de um inimigo interno, que no momento tem total domínio sobre a população. O país vive uma decadência familiar, social, cultural, moral e humana.

As vitimas desse terrível mal sofrem e perambulam pelas ruas do nosso país sem terem onde serem acolhidas e ajudadas. Pelo motivo de suas famílias não mais existirem, por exclusão e principalmente, por falta de recursos para, pagarem o tratamento em clínicas particulares, por não termos hospitais públicos com atendimento adequado e eficaz para atender, acolher, tratar, curar e devolve-los regenerados a família e a sociedade.

Vemos ruas repletas de usuários principalmente de crack de todas as idades, por todas as esquinas. Testemunhamos dia após dia a degeneração principalmente das crianças que seriam o futuro do país. Onde pessoas esqueléticas, pessoas com raciocínio inferior ao comum, outros com alucinações fortes, já consideradas sintomas de problemas mentais. Isso devido à intoxicação do organismo, causada pelas drogas.

São desprezadas por serem consideradas indelinquentes e não assistidos como doentes.

É sofrido ver a situação em que essas pessoas sobrevivem.

É preocupante ver que um país que cresce e prossegue em tornar-se uma grande potência, não esteja indignado, cauteloso e principalmente envolvido em mudar a real e atual situação em que milhares de brasileiros vivem.

Diante dessa realidade proponho este projeto ao Congresso, por acreditar que só assim poderemos nos projetar com segurança e tranquilidade para um futuro melhor.

Segue abaixo informações sobre os danos ao usuário

**Segundo site ([www.virtual.epm.br](http://www.virtual.epm.br))**

### **Álcool X Organismo**

O álcool é absorvido principalmente no intestino delgado, e em menores quantidades no estômago e no cólon. A concentração do álcool que chega ao sangue depende de fatores como: quantidade de álcool consumida em um determinado tempo, massa corporal, e metabolismo de quem bebe, quantidade de comida no estômago. Quando o álcool já está no sangue, não há comida ou bebida que interfira em seus efeitos. Os efeitos do álcool dependem de fatores como: a quantidade de álcool ingerido em determinado período, uso anterior de álcool e a concentração de álcool no sangue. O uso do álcool causa desde uma sensação de calor até o coma e a morte dependendo da concentração que o álcool atinge no sangue. Os sintomas que se observam são:

- Doses até 99mg/dl: sensação de calor/rubor facial, prejuízo de julgamento, diminuição da inibição, coordenação reduzida e euforia;
- Doses entre 100 e 199mg/dl: aumento do prejuízo do julgamento, humor instável, diminuição da atenção, diminuição dos reflexos e incoordenação motora;
- Doses entre 200 e 299mg/dl: fala arrastada, visão dupla, prejuízo de memória e da capacidade de concentração, diminuição de resposta a estímulos, vômitos;
- Doses entre 300 e 399mg/dl: anestesia, lapsos de memória, sonolência;
- Doses maiores de 400mg/dl: insuficiência respiratória, coma, morte.

Um curto período (8 a 12 horas) após a ingestão de grande quantidade de álcool pode ocorrer a "ressaca", que caracteriza-se por: dor de cabeça, náusea, tremores e vômitos. Isso ocorre tanto devido ao efeito direto do álcool ou outros componentes da bebida. Ou pode ser resultado de uma reação de adaptação do organismo aos efeitos do álcool.

A combinação do álcool com outras drogas (cocaína, tranquilizantes, barbituratos, antihistamínicos) pode levar ao aumento do efeito, e até mesmo à morte.



O efeitos do uso prolongado do álcool são diversos. Dentre os problemas causados diretamente pelo álcool pode-se destacar doenças do fígado, coração e do sistema digestivo. Secundariamente ao uso crônico abusivo do álcool, observa-se: perda de apetite, deficiências vitamínicas, impotência sexual ou irregularidades do ciclo menstrual.

### **Intoxicação alcoólica e hipoglicemia:**

Como já foi visto antes o álcool etílico, principal componente das bebidas alcoólicas, é metabolizado no fígado por duas reações de oxidação. Em cada reação, elétrons são transferidos ao  $\text{NAD}^+$ , resultando em um aumento maciço na concentração de NADH citosólico. A abundância de NADH favorece a redução de piruvato em lactato e oxalacetato em malato, ambos são intermediários na síntese de glicose pela gliconeogênese. Assim, o aumento no NADH mediado pelo etanol faz com que os intermediários da gliconeogênese sejam desviados para rotas alternativas de reação, resultando em síntese diminuída de glicose. Isto pode acarretar hipoglicemia, particularmente em indivíduos com depósitos exauridos de glicogênio hepático. A mobilização de glicogênio hepático é a primeira defesa do corpo contra a hipoglicemia, assim, os indivíduos em jejum ou desnutridos apresentam depósitos de glicogênio exauridos, e devem basear-se na gliconeogênese para manter sua glicemia. A hipoglicemia pode produzir muitos dos comportamentos associados à intoxicação alcoólica – agitação, julgamento diminuído e agressividade. Assim, o consumo de álcool em indivíduos vulneráveis – aqueles em jejum ou que fizeram exercícios prolongado e extenuante – podem produzir hipoglicemia, que podem contribuir para os efeitos comportamentais do álcool.

### **Alcoolismo agudo:**

Exerce os seus efeitos principalmente sobre o sistema nervoso central, mas ele pode também rapidamente induzir alterações hepáticas e gástricas que são reversíveis na ausência do consumo continuado de álcool. As alterações gástricas constituem gastrite aguda e ulceração. No sistema nervoso central, o álcool por si é um agente depressivo que afeta primeiramente as estruturas subcorticais (provavelmente a formação reticular do tronco cerebelar superior) que modulam a atividade cortical cerebral. Em consequência, há um estímulo e comportamentos cortical, motor e intelectual desordenados. A níveis sanguíneos progressivamente maiores, os neurônios corticais e, depois, os centros medulares inferiores são deprimidos, incluindo aqueles que regulam a respiração. Pode advir parada respiratória. Efeitos neuronais podem relacionar-se com uma função mitocondrial danificada; alterações estruturais não são em geral evidentes no alcoolismo agudo. Os teores sanguíneos de álcool e o grau de desarranjo da função do SNC em bebedores não habituais estão intimamente relacionados.

### **Alcoolismo crônico:**

É responsável pelas alterações morfológicas em praticamente todos os órgãos e tecidos do corpo, particularmente no fígado e no estômago. Somente as alterações gástricas que surgem imediatamente após a exposição pode ser relacionadas com os efeitos diretos do etanol sobre a vascularização da mucosa. A origem das outras alterações crônicas é menos clara. O acetaldeído, um metabólico oxidativo importante do etanol, é um composto bastante reativo e tem sido proposto como mediador da lesão tissular e orgânica disseminada. Embora o catabolismo do acetaldeído seja mais rápido do que o do álcool, o consumo crônico de etanol reduz a capacidade oxidativa do fígado, elevando os teores sanguíneos de acetaldeído, os quais são aumentados pelo maior ritmo de metabolismo do etanol no bebedor habitual. O aumento da atividade dos radicais livres em alcoólatras crônicos também tem sido sugerido

como um mecanismo de lesão. Mais recentemente, foi acrescentado o metabolismo não-oxidativo do álcool, com a elaboração do ácido graxo etil éster, bem como mecanismos imunológicos pouco compreendidos iniciados por antígenos dos hepatócitos na lesão aguda.

Seja qual for a base, os alcoólatras crônicos têm sobrevida bastante encurtada, relacionada principalmente com lesão do fígado, estômago, cérebro e coração. O álcool é a causa bastante conhecida de lesão hepática que termina em cirrose, sangramento maciço proveniente de gastrite ou de úlcera gástrica pode ser fatal. Ademais, os alcoólatras crônicos sofrem de várias agressões ao sistema nervoso. Algumas podem ser nutricionais, como a deficiência em vitamina B<sub>1</sub>, comum em alcoólatras crônicos. As principais lesões de origem nutricional são neuropatias periféricas e a síndrome de Wernicke-Korsakoff. Pode surgir a degeneração cerebelar e a neuropatia óptica, possivelmente relacionadas com o álcool e seus produtos, e, incomumente, pode surgir atrofia cerebral.

As conseqüências cardiovasculares também são amplas. Por outro lado, embora ainda sem consenso, quantidades moderadas de álcool podem diminuir a incidência da cardiopatia coronária e aumentar os níveis do colesterol HDL. Entretanto, o alto consumo que leva à lesão hepática resulta em níveis menores da fração HDL das lipoproteínas.

O alcoolismo crônico possui várias conseqüências adicionais, incluindo uma maior tendência para hipertensão, uma maior incidência de pancreatite aguda e crônica, e alterações regressivas dos músculos esqueléticos.

### **Doença hepática alcoólica (DHA) e Cirrose:**

O consumo crônico de álcool resulta com frequência em três formas distintas, embora superpostas, de doenças hepáticas: (1) esteatose hepática, (2) hepatite alcoólica e (3) cirrose, denominadas coletivamente de doença hepática alcoólica. A maioria dos casos o alcoólico que continua bebendo evolui da degeneração gordurosa para ceises de hepatite alcoólica e para cirrose alcoólica no transcorrer de 10 a 15 anos.

(1)ESTEATOSE ALCOÓLICA (fígado gorduroso): dentro de poucos dias após a administração de álcool a gordura aparece dentro das células hepáticas, representa principalmente aumento na síntese de triglicerídios em virtude do maior fornecimento de ácidos graxos ao fígado, menor oxidação dos ácidos graxos, e menor formação e liberação de lipoproteínas. Ela pode surgir sem evidências clínica ou bioquímica de doença hepática.. Por outro lado, quando o acometido é intenso, pode estar associado com mal-estar, anorexia, náuseas, distensão abdominal, hepatomegalia hipersensível, às vezes icterícia e níveis elevados de aminotransferase.

(2)HEPATITE ALCOÓLICA: caracteriza-se principalmente por necrose aguda das células hepáticas. Em alguns pacientes, apesar da abstinência, a hepatite persiste e progride para cirrose. Ela representa a perda relativamente brusca de reserva hepática e pode desencadear um quadro de insuficiência hepática ou, às vezes, a síndrome hepatorenal.

(3)CIRROSE ALCOÓLICA: apesar do álcool ser a causa mais comum de cirrose no mundo ocidental, sendo responsável aí por 60 a 70% de todos os casos, é enigmático que apenas 10 a 15% dos "devotos do alambique" acabam contraindo cirrose. Existe em geral uma relação inversa entre a quantidade de gordura e a quantidade de cicatrização fibrosa. No início da evolução cirrótica os septos fibrosos são delicados e estendem-se da veia central para as

regiões portais assim como de um espaço-porta para outro. À medida que o processo de cicatrização aumenta com o passar do tempo, a nodularidade torna-se mais proeminente e os nódulos esparsos aumentam em virtude da atividade regenerativa, criando na superfície o denominado aspecto de cravo de ferradura.

A quantidade de gordura é reduzida, o fígado diminui progressivamente de tamanho, tornando-se mais fibrótico, sendo transformado em um padrão macronodular à medida que as ilhotas paraenquimatosas são envoltas por tiras cada vez mais largas de tecido fibroso. Nos casos típicos, após certos sintomas tipo mal-estar, fraqueza, redução ponderal e perda de apetite, o paciente desenvolve icterícia, ascite e edema periférico, com o último sendo devido à deterioração na síntese da albumina. A menos que o paciente evite o álcool e adote uma dieta nutritiva, a evolução habitual durante um período de anos é progressivamente descendente, com a deterioração da função hepática e surgimento de hipertensão porta com suas sequelas como, por exemplo, ascite, varizes gastroesofágicas e hemorróidas.

### **Problemas clínicos do alcoolismo:**

A ingestão contínua do álcool desgasta o organismo ao mesmo tempo em que altera a mente. Surgem, então, sintomas que comprometem a disposição para trabalhar e viver com bem-estar. Essa indisposição prejudica o relacionamento com a família e diminui a produtividade no trabalho, podendo levar à desagregação familiar e ao desemprego.

Alguns dos problemas mais comuns da doença são:

#### **No estômago e intestino**

Gases: Sensação de "estufamento", nem sempre valorizada pelo médico. Pode ser causada por gastrite, doenças do fígado, do pâncreas, etc.

Azia: Muito comum em alcoolistas devido a problemas no esôfago.

Náuseas: São matinais e às vezes estão associadas a tremores. Podem ser consideradas sinal precoce da dependência do álcool.

Dores abdominais: Muito comum nos alcoolistas que têm lesões no pâncreas e no estômago.

Diarréias: Nas intoxicações alcoólicas agudas (porre). Este sintoma é sinal de má absorção dos alimentos e causa desnutrição no indivíduo.

Fígado grande: Lesões no fígado decorrentes do abuso do álcool. Podem causar doenças como hepatite, cirrose, fibrose, etc.

#### **No Sistema Cárdio Vascular :**

O uso sistemático do álcool pode ser danoso ao tecido do coração e elevar a pressão sanguínea causando palpitações, falta de ar e dor no tórax.

Glândulas:

As glândulas são muito sensíveis aos efeitos do álcool, causando sensíveis problemas no seu funcionamento.

Impotência e perda da libido. O indivíduo alcoolista pode ter atrofiados testículos, queda de pêlos além de ginecomastias(mamas crescidas).

#### Sangue:

O álcool torna o indivíduo propício às infecções, alterando o quadro de leucócitos e plaquetas, o que torna freqüente as hemorragias.

A anemia é bastante comum nos alcoolistas que têm alterações na série de glóbulos vermelhos, o que pode ser causado por desnutrição (carência de ácido fólico).

#### **Alcoolismo é doença (OMS):**

É o que a medicina afirma, mas a maior dificuldade das pessoas é entender como isso funciona. Alguns acham que é falta de vergonha; outros, que é falta de força de vontade, personalidades desajustadas, problemas sexuais, brigas familiares, etc.; outros, até, que é coisa do "capeta", outros acham que leva algum tempo para desenvolver tal "vício". A verdade é que algumas pessoas nascem com o organismo predisposto a reagir de determinada maneira quando ingerem o álcool. Aproximadamente dez em cada cem pessoas nascem com essa predisposição, mas só desenvolverão esta doença se entrarem em contato com o álcool.

#### **O alcoolismo não é hereditário:**

Apesar do alcoolismo não ser hereditário existe uma predisposição orgânica para o seu desenvolvimento, sendo, então, o alcoolismo transmissível de pais para os filhos. O desenvolvimento do alcoolismo envolve três características: a base genética, o meio e o indivíduo. Filhos de pais alcoólatras são geneticamente diferentes, porém, só desenvolverão a doença se estiverem em um meio propício e/ou características psicológicas favoráveis.

Segue abaixo informações sobre os danos ao usuário:

Segundo o Site MUNDO EDUCAÇÃO

A merla é um subproduto da cocaína, composto por 70% de folhas de coca e os outros 30% por ácido sulfúrico, cal virgem, querosene e outros. É uma droga feita em laboratório (sintética), obtida através da adição de solventes à folha da coca, originando um produto de consistência pastosa e de cor amarelada. Essa droga pode ser ingerida na forma pura ou misturada ao cigarro de tabaco ou maconha.

Rapidamente a merla é absorvida pelos pulmões, atuando diretamente sobre o Sistema Nervoso Central. Seus efeitos são bastante parecidos aos da cocaína, provocando a sensação passageira de euforia, bem-estar e energia. Os efeitos indesejáveis são de diminuição do sono, perda de apetite, redução de peso, psicose tóxica, alucinações, delírios e confusões mentais.

O usuário de merla geralmente apresenta a ponta dos dedos amarelada, olhos avermelhados, lacrimejados e irritados, respiração difícil, tremores nas mãos, irritação e inquietação. Após o

período de êxtase, começam os sintomas de profunda depressão, alucinações e uma grande sensação de medo. Em virtude da maior busca pelo prazer e para tentar “sair” da situação de depressão, o usuário procura maiores doses da merla ou outra semelhante, criando um ciclo vicioso.

O uso da merla é relativamente fácil de ser identificado, pois a droga é consumida por 80% de rapazes e 20% de mulheres entre 16 e 18 anos. Infelizmente, o tratamento para dependentes da droga é difícil, pois a abstinência da merla leva cerca de 20% dos usuários ao suicídio.

Segundo o CEBRID — CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP da Universidade Federal de São Paulo, são os efeitos do *crack* sobre o organismo os seguintes.

### **Efeitos no cérebro**

Tanto o *crack* quanto a merla também são cocaína, portanto todos os efeitos provocados pela cocaína ocorrem com o *crack* e a merla. Porém, a via de uso dessas duas formas (via pulmonar, já que ambos são fumados) faz toda a diferença do *crack* e da merla com o “pó”.

Assim que o *crack* e a merla são fumados alcançam o pulmão, que é um órgão intensivamente vascularizado e com grande superfície, levando a uma absorção instantânea. Através do pulmão, cai quase imediatamente na circulação cerebral chegando rapidamente ao cérebro. Com isto, pela via pulmonar o *crack* e a merla “encurtam” o caminho para chegar ao cérebro, aparecendo os efeitos da cocaína muito mais rápido do que outras vias. Em 10 a 15 segundos os primeiros efeitos já ocorrem, enquanto que os efeitos após cheirar o “pó” acontecem após 10 a 15 minutos e após a injeção, em 3 a 5 minutos. Essa característica faz do *crack* uma droga “poderosa” do ponto de vista do usuário, já que o prazer acontece quase que instantaneamente após uma “pipada”.

Porém, a duração dos efeitos do *crack* é muito rápida. Em média duram em torno de 5 minutos; enquanto que, após injetar ou cheirar, em torno de 20 e 45 minutos, respectivamente. Essa pouca duração dos efeitos faz com que o usuário volte a utilizar a droga com mais frequência que as outras vias (praticamente de 5 em 5 minutos) levando-o à dependência muito mais rapidamente que os usuários da cocaína por outras vias (nasal, endovenosa). Logo após a “pipada”, o usuário sente uma sensação de grande prazer, intensa euforia e poder. É tão agradável que, quando desaparece o efeito (e isso ocorre muito rápido, em 5 min), ele volta a usar a droga, fazendo isso inúmeras vezes até acabar todo o estoque que possui ou o dinheiro para consegui-lo. A essa compulsão para utilizar a droga repetidamente, dá-se o nome popular de “fissura” que é uma vontade incontrolável de sentir os efeitos de “prazer” provocados pela droga. A “fissura” no caso do *crack* e da merla é avassaladora, os efeitos da droga são muito

rápidos e intensos.

Além desse "prazer" indescritível, que muitos comparam a um orgasmo, o *crack* e a merla também provocam um estado de excitação, hiperatividade, insônia, perda de sensação do cansaço, falta de apetite. Este último efeito é muito característico do usuário de *crack* e merla. Em menos de um mês ele perde muito peso (8 a 10 Kg) e num tempo um pouco maior de uso ele perde todas as noções básicas de higiene ficando com um aspecto deplorável. Por essas características os usuários de *crack* (craqueros) ou de merla são facilmente identificados.

Após o uso intenso e repetitivo, o usuário experimenta sensações muito desagradáveis como cansaço e intensa depressão.

### **Efeitos tóxicos**

A tendência do usuário é aumentar a dose na tentativa de sentir efeitos mais intensos. Porém, essas quantidades maiores acabam por levá-lo ao comportamento violento, irritabilidade, tremores e atitudes bizarras devido ao aparecimento de paranóia ("nóia"). Esse efeito provoca um grande medo nos craqueros, que passam a vigiar o local onde estão usando a droga e passam a ter uma grande desconfiança uns dos outros o que acaba levando-os a situações extremas de agressividade. Eventualmente podem ter alucinações e delírios. A esse conjunto de sintomas dá-se o nome de "psicose cocaínica". Além desses sintomas descritos, o craquero e o usuário de merla perdem de forma muito marcante o interesse sexual.

### **Efeitos sobre outras partes do corpo**

Os efeitos são os mesmos provocados pela cocaína utilizada por outras vias. Assim, o *crack* e a merla podem produzir um aumento das pupilas (midríase), afetando a visão que fica prejudicada, a chamada "visão borrada". Ainda pode provocar dor no peito, contrações musculares, convulsões e até coma. Mas é sobre o sistema cardiovascular que os efeitos são mais intensos. A pressão arterial pode elevar-se e o coração pode bater muito mais rapidamente (taquicardia). Em casos extremos chega a produzir uma parada do coração por fibrilação ventricular. A morte também pode ocorrer devido a diminuição de atividade de centros cerebrais que controlam a respiração.

O uso crônico da cocaína pode levar a uma degeneração irreversível dos músculos esqueléticos, chamada rabdomiólise.

### **Aspectos gerais**

Ao contrário do que acontece com as anfetaminas (cujos efeitos são em parte semelhantes aos da cocaína), as pessoas que abusam da cocaína não relatam a necessidade de aumentar a dose para sentir os mesmos efeitos, ou seja, a cocaína praticamente não induz tolerância. E não deve mesmo ser considerado tolerância o uso compulsivo, repetido de muitas doses

tomadas em um curto espaço de tempo: na realidade as pessoas que assim procedem estão fazendo isso porque querem sentir muitas vezes, repetidamente, o mesmo efeito muito prazeroso, mas efêmero.

Não há também descrição convincente de uma síndrome de abstinência quando a pessoa pára de tomar cocaína abruptamente: ela não sente dores pelo corpo, cólicas, náuseas, etc. Às vezes, o que ocorre é essa pessoa ficar tomada de grande "fissura", tomar de novo, para sentir os efeitos agradáveis e não para diminuir ou abolir o sofrimento que ocorreria se realmente houvesse uma síndrome de abstinência.

Sala das Sessões, em 01 de março de 2011

Dep. Missionário José Olímpio

## **PROJETO DE LEI N.º 5.321, DE 2013** (Do Sr. Professor Sérgio de Oliveira)

Acrescenta a alínea "e" ao art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE AO PL-7704/2010.

**APRECIÇÃO:**

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Acrescenta a alínea e ao art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 6º.....

e) de assistência ao dependente químico para desintoxicação, com implantação de pelo menos um centro especializado, em unidade hospitalar, para cada Regional de Saúde, ou estrutura equivalente, no âmbito de organização do Sistema Único de Saúde.” (NR)

Art. 2º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

## JUSTIFICAÇÃO

Conforme definição constante na Lei nº 8.080, de 1990, entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Com essa definição, seria facilmente possível deduzir que as ações de apoio e tratamento aos dependentes químicos estariam já contempladas no âmbito do Sistema Único de Saúde. É bem verdade que, de maneira abrangente, isso de fato acontece.

Nobres Colegas Parlamentares, o que propomos, no entanto, com o Projeto de Lei apresentado, é o enfrentamento do problema conforme sua dimensão de extrema gravidade. É indispensável implantar e manter em funcionamento, em cada Regional de Saúde, um centro especializado em tratamento de dependentes químicos.

Essa diferenciação não trata somente de resgatar a vida do viciado, mas de proteger toda a sociedade. A droga está visceralmente vinculada à violência e a toda ordem de crimes. Famílias são desestruturadas em todos os cantos do Brasil por esse mal que não isenta pobres ou ricos, negros e brancos, homens e mulheres, jovens ou idosos.

Por conta principalmente da disseminação das drogas, segundo dados da Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema Único de Saúde (Viva SUS 2008-2009), o homicídio tem ficado em terceiro lugar do ranking de causas de mortes dos brasileiros e, estratificando-se pela faixa etária de 1 a 39 anos, este número alcança a primeira posição.

Dados nacionais desenvolvidos pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), o Observatório de Favelas e o Laboratório de Análise da Violência (LAV-Uerj) divulgados no mês de dezembro de 2012 destacam a parte deste número de homicídios que acontece ainda na adolescência.

De acordo com o Índice de Homicídios na Adolescência (IHA), criado em 2007 por estas instituições, o número de mortes entre jovens de 12 a 18 anos vem aumentando ao longo do tempo. Para cada mil pessoas nesta faixa etária, 2,98 é assassinada. E o estudo aponta uma expectativa não muito animadora: até 2016 cerca de 36.735 adolescentes poderão ser vítimas de homicídio.



Apenas para ilustrar o efeito devastador das drogas, passo a mencionar o que representa o crack. Esse entorpecente apresenta um potencial de dependência mais virulento e rápido do qualquer outro tipo de droga.

Em decorrência da repetição do uso para prolongar o efeito, o vício é certo aos que o experimentam. Portanto, experimentou, viciou. Os sintomas, em razão do uso prolongado, são os mesmos do uso da cocaína por outras vias, injetada ou inalada, mas potencializados em razão da rapidez com que a droga age e pela frequência em que é usada para prolongar seu efeito fugaz.

Essa e outras drogas alimentam o crime, destroem, matam. O problema, no Brasil, é maior que em países como Argentina, Chile e outros em grau de desenvolvimento semelhante. Em relação aos países mais avançados, a diferença é muito mais dramática. Nesses países, os índices de mortalidade por violência contra jovens são inexpressivos.

Temos a obrigação, como representantes do povo, de apresentar soluções para preservar a juventude e as futuras gerações. A implantação de centros para desintoxicação é uma necessidade evidente. Outras ações de prevenção, esclarecimento e orientação aos jovens também devem ser implementadas, mas não podemos deixar de lutar para recuperar aqueles que se perderam.

Por isso é preciso implantar centros especializados em todas as Unidades da Federação, em suas respectivas Regionais de Saúde. A distância dificulta o atendimento, então as Regionais são a solução para aproximar o tratamento do paciente. Somente dessa forma o Estado poderá alcançar os que realmente precisam de ajuda e recuperar uma geração que está quase condenada.

Diante de uma situação tão alarmante, peço o apoio dos Nobres Colegas para a aprovação da matéria, tendo em vista seu indiscutível alcance social.

Sala das Sessões, em 4 de abril de 2013.

Deputado **Professor Sérgio de Oliveira**  
PSC/PR

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA  
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

**LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

.....

**TÍTULO II**  
**DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

.....

**CAPÍTULO I**  
**DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES**

.....

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS:

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

## CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

.....  
 .....

## **PROJETO DE LEI N.º 6.671, DE 2013** (Do Sr. Major Fábio)

Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para disciplinar a obrigação do Estado de prestar assistência ao usuário e ao dependente de drogas.

**DESPACHO:**  
 APENSE-SE À(AO) PL-6644/2009.

### **O Congresso Nacional decreta:**

Art. 1º A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que “Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências” passa a vigorar acrescida de um art. 23-A com a seguinte redação:

Art. 23-A Na ausência de serviços de saúde públicos aptos a desenvolver programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, é da responsabilidade do

Estado custear o atendimento do usuário e do dependente de drogas em instituições privadas que desenvolvam programas de recuperação do usuário e do dependente de drogas e a sua reinserção no mercado de trabalho.

Art. 2º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

## **JUSTIFICAÇÃO**

A quase totalidade das drogas consumidas em nosso País são produzidas no exterior e traficadas para o território brasileiro, ingressando em nosso País pelas fronteiras terrestres ou pelos aeroportos e portos.

Consultando-se a Constituição Federal, verifica-se que, em seu art. 144, § 1º, inciso II, é responsabilidade da polícia federal, órgão policial da estrutura administrativa da União, “prevenir e reprimir o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins”, cabendo-lhe, ainda, “exercer as funções de polícia marítima, aeroportuária e de fronteiras”.

Tem-se, portanto, que o ingresso de substâncias entorpecentes ilegais no território brasileiro ocorre por falha do sistema policial federal, que não consegue reprimir o contrabando de drogas ilícitas. A consequência dessa falha ou omissão estatal é que as drogas traficadas acabam muitas vezes ocasionando a morte de milhares de jovens ou destruindo famílias que passam a viver o drama de ter um parente necessitando de assistência especializada, assistência pela qual não tem condições de pagar em entidades privadas, e que não conseguem essa assistência em órgãos públicos.

Como a incapacidade do Estado de cumprir com suas obrigações constitucionais está na base dessa situação, estamos apresentando o presente projeto de lei que, alterando a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, torna obrigatório o custeio pelo Estado do atendimento dos usuários e dependentes de drogas em instituições privadas, quando não houver condições de atendê-los por meio dos serviços públicos de saúde.

Entendemos que a obrigação que estamos criando é compatível com a responsabilidade, não cumprida pelo Estado, de reprimir o tráfico de substâncias entorpecentes e constitui-se em obrigação que corrige

ou reduz a falha estatal em evitar o ingresso de drogas ilícitas no território brasileiro.

Certos de que os ilustres Pares concordarão com a relevância desta proposição, esperamos contar com o apoio necessário para sua transformação em diploma legal.

Sala das Sessões, em 31 de outubro de 2013.

Deputado **MAJOR FÁBIO**  
**DEM/PB**

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA  
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

**CONSTITUIÇÃO  
DA  
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
1988**

.....  
TÍTULO V  
DA DEFESA DO ESTADO E DAS INSTITUIÇÕES DEMOCRÁTICAS  
.....

CAPÍTULO III  
DA SEGURANÇA PÚBLICA

Art. 144. A segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, através dos seguintes órgãos:

- I - polícia federal;
- II - polícia rodoviária federal;
- III - polícia ferroviária federal;
- IV - polícias civis;
- V - polícias militares e corpos de bombeiros militares.

§ 1º A polícia federal, instituída por lei como órgão permanente, organizado e mantido pela União e estruturado em carreira, destina-se a: *“Caput” do parágrafo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998*

I - apurar infrações penais contra a ordem política e social ou em detrimento de bens, serviços e interesses da União ou de suas entidades autárquicas e empresas públicas, assim como outras infrações cuja prática tenha repercussão interestadual ou internacional e exija repressão uniforme, segundo se dispuser em lei;

II - prevenir e reprimir o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, o contrabando e o descaminho, sem prejuízo da ação fazendária e de outros órgãos públicos nas respectivas áreas de competência;

III - exercer as funções de polícia marítima, aeroportuária e de fronteiras; *(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)*

IV - exercer, com exclusividade, as funções de polícia judiciária da União.

§ 2º A polícia rodoviária federal, órgão permanente, organizado e mantido pela União e estruturado em carreira, destina-se, na forma da lei, ao patrulhamento ostensivo das rodovias federais. *(Parágrafo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)*

§ 3º A polícia ferroviária federal, órgão permanente, organizado e mantido pela União e estruturado em carreira, destina-se, na forma da lei, ao patrulhamento ostensivo das ferrovias federais. *(Parágrafo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)*

§ 4º Às polícias civis, dirigidas por delegados de polícia de carreira, incumbem, ressalvada a competência da União, as funções de polícia judiciária e a apuração de infrações penais, exceto as militares.

§ 5º Às polícias militares cabem a polícia ostensiva e a preservação da ordem pública; aos corpos de bombeiros militares, além das atribuições definidas em lei, incumbe a execução de atividades de defesa civil.

§ 6º As polícias militares e corpos de bombeiros militares, forças auxiliares e reserva do Exército, subordinam-se, juntamente com as polícias civis, aos Governadores dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios.

§ 7º A lei disciplinará a organização e o funcionamento dos órgãos responsáveis pela segurança pública, de maneira a garantir a eficiência de suas atividades.

§ 8º Os Municípios poderão constituir guardas municipais destinadas à proteção de seus bens, serviços e instalações, conforme dispuser a lei.

§ 9º A remuneração dos servidores policiais integrantes dos órgãos relacionados neste artigo será fixada na forma do § 4º do art. 39. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)*

## TÍTULO VI DA TRIBUTAÇÃO E DO ORÇAMENTO

### CAPÍTULO I DO SISTEMA TRIBUTÁRIO NACIONAL

#### Seção I Dos Princípios Gerais

Art. 145. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão instituir os seguintes tributos:

I - impostos;

II - taxas, em razão do exercício do poder de polícia ou pela utilização, efetiva ou potencial, de serviços públicos específicos e divisíveis, prestados ao contribuinte ou postos a sua disposição;

III - contribuição de melhoria, decorrente de obras públicas.

§ 1º Sempre que possível, os impostos terão caráter pessoal e serão graduados segundo a capacidade econômica do contribuinte, facultado à administração tributária, especialmente para conferir efetividade a esses objetivos, identificar, respeitados os direitos individuais e nos termos da lei, o patrimônio, os rendimentos e as atividades econômicas do contribuinte.

§ 2º As taxas não poderão ter base de cálculo própria de impostos.

.....  
.....

**LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006**

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

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

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

.....

**TÍTULO III**  
**DAS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO DO USO INDEVIDO,**  
**ATENÇÃO E REINSERÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS**  
**E DEPENDENTES DE DROGAS**

.....

**CAPÍTULO II**  
**DAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO E DE REINSERÇÃO**  
**SOCIAL DE USUÁRIOS OU DEPENDENTES DE DROGAS**

.....

Art. 23. As redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, respeitadas as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios explicitados no art. 22 desta Lei, obrigatória a previsão orçamentária adequada.

Art. 24. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão conceder benefícios às instituições privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho, do usuário e do dependente de drogas encaminhados por órgão oficial.

.....

.....



# PROJETO DE LEI N.º 6.737, DE 2013

## (Do Sr. Junji Abe)

Altera o art. 3º da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, para proporcionar tratamento domiciliar aos dependentes de drogas.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-5857/2009.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 3º da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

Art. 3º.....

“Parágrafo único. É assegurado, nos casos de dependência de drogas de qualquer natureza, à pessoa e aos seus familiares, por meio de prescrição de profissional médico ou psicólogo, tratamento domiciliar, sem prejuízo do disposto no parágrafo único do art. 2º desta Lei.

Art. 2º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

### JUSTIFICAÇÃO

A dependência de drogas e álcool é um fenômeno complexo. Para entendê-lo faz-se necessário analisá-lo sob a ótica de diversas áreas do conhecimento.

Essa concepção já é resultado de conquistas históricas da evolução nos procedimentos adotados para o tratamento de dependentes. Diferente da maneira como a dependência química era abordada por descrença de uma possível recuperação, o que se evidencia, na contemporaneidade, é uma abordagem voltada aos diversos aspectos que envolvem a questão.

Apesar de ser considerada uma demanda da saúde, é preciso entendê-la não apenas pelos aspectos físicos e fisiológicos, mas, também, pela dimensão psíquica ou emocional. Assim, ressalta-se que a importância do contexto incluindo fatores sociais, culturais e familiares, ou seja, seu tratamento compreende a atuação de diversas áreas profissionais de forma integrada. A abordagem mais

recomendada é a interdisciplinar, com o objetivo de evoluir e alcançar a transdisciplinar.

É sabido que a dependência de drogas, de qualquer natureza, possui alto índice de reincidência. A hospitalização, apesar de ser necessária em muitos casos, vindo sendo considerada, no mínimo, insuficiente para lidar com a complexidade do problema. A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, deu outro enfoque ao tratamento de dependência química, direcionado, então, para a desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial com tratamento hospitalar por alta do pedido, indisciplina ou evasão, possivelmente, relaciona-se com a concepção que os dependentes químicos possuem de não haver problemas relacionados ao consumo de drogas. Ainda, dependentes sentem dificuldade em dar o primeiro passo rumo ao tratamento, ou ainda, após a internação, ao retornarem para o convívio social, retornam também para a mesma rede ou contexto relacionado à droga.

Estudos apontam que as internações hospitalares para dependência química não devem ser prolongadas a fim de que o paciente não perca os vínculos sociais. Assim, faz-se necessária, após a alta, a adoção dos tratamentos que auxiliam na manutenção da abstinência, por meio de estratégias como a farmacoterapia, psicoterapia e reabilitação social.

O acompanhamento domiciliar já é praticado em várias Clínicas-Escola de Universidades brasileiras, com resultados animadores. Dependentes e familiares recebem os profissionais da saúde em casa, o que resulta em aumento de adesão ao tratamento, início de tratamentos cujos dependentes eram aversivos à ideia de comparecimento ao hospital e aumento do tempo de abstinência e diminuição de reincidência.

O presente projeto de lei visa facilitar, para o paciente, o acesso as serviços compreendidos no tratamento e, concomitantemente, proporcionar à recuperação maior eficiência por meio da efetiva participação da família. Para tanto, propõe o atendimento domiciliar para tratamento de dependência de drogas.

Por todo o exposto, contamos com o apoio ds Nobres Pares desta Casa para a aprovação do Projeto de Lei em tela.

Sala das Sessões, em 07 de novembro de 2013.

Deputado Junji Abe

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA  
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

**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.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º 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.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

## **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.

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. Atuação 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. Conseqüentemente, 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

## **PROJETO DE LEI N.º 3.462, DE 2015** (Do Sr. Diego Garcia)

Estabelece benefício assistencial para auxiliar instituições de tratamento de dependentes químicos.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-6671/2013.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei estabelece benefício assistencial com a finalidade de auxiliar instituições de tratamento no custeio das despesas individuais decorrentes do serviço de reabilitação de dependentes químicos.

Art. 2º É garantido às instituições o benefício mensal de um salário mínimo por dependente químico submetidos a tratamento que comprove não possuir meios de custeá-lo ou de tê-lo custeado por sua família.

§ 1º Para efeito da concessão do benefício a que se refere o *caput*, são considerados dependentes químicos submetidos a tratamento aqueles que, cumulativamente:

I - em decorrência do consumo excessivo de substâncias entorpecentes, têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial capazes de obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas;

II - submetam-se a tratamento ou programa de desintoxicação, reabilitação ou reinserção social, com vistas à remissão da dependência química e ao aperfeiçoamento acadêmico ou profissional.

§ 2º Considera-se não possuir meios de custear o tratamento ou de tê-lo custeado por sua família, o dependente químico com renda familiar mensal per capita inferior a ½ (um meio) do salário-mínimo.

§ 3º A concessão do benefício fica sujeita à avaliação da dependência química, composta por avaliação médica e avaliação social, realizadas por médicos peritos e assistente sociais do Instituto Nacional de Seguro Social – INSS.

§ 4º Na hipótese de não existirem serviços no município de residência do dependente químico, fica assegurado, na forma prevista em regulamento, o seu encaminhamento ao município mais próximo que contar com tal estrutura.

§ 5º A renda familiar mensal a que se refere o § 2º deve ser declarada pelo requerente ou por seu representante legal, sujeitando-se aos demais procedimentos previstos em regulamento para o deferimento do pedido.

Art. 3º As instituições interessadas no recebimento do benefício devem ser previamente cadastradas na forma do regulamento.

Art. 4º O pagamento do benefício deve ser revisto a cada 9 meses para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem.

§ 1º O pagamento do benefício cessa no momento do fim ou abandono do tratamento, em caso de descredenciamento da instituição, ou em caso de morte do beneficiário.

§ 2º O benefício será cancelado quando se constatar irregularidades na sua concessão ou utilização.

§ 3º A cessação do benefício não impede nova concessão.

Art. 5º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.



## JUSTIFICAÇÃO

O crescimento acelerado do consumo de entorpecentes é uma cruel realidade no Brasil. Apesar de haver inúmeros casos de consumo de drogas por integrantes das camadas mais abastadas da sociedade, é nas camadas mais vulneráveis que os efeitos devastadores do mencionado vício se faz notar de maneira mais nítida.

Pesquisas conduzidas no ano de 2013 pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) indicam claramente que são nos grupos mais frágeis da sociedade que as drogas, em especial o *crack*, têm mais penetração. De acordo com os dados da Fundação, 81% dos usuários é de cor não-branca; menos de 4% têm nível superior completo ou incompleto; quase 70% não têm fonte de renda fixa e menos de 40% têm casa própria ou da família.

Os mesmos levantamentos apontam o elevadíssimo número de usuários de *crack* que gostariam de ser submetidos a tratamento (80%) e que gostariam de ter acesso a mecanismos de reinserção social (92%).

Dos dados acima alinhavados, percebe-se claramente que a esmagadora maioria dos usuários de entorpecentes está disposta a receber auxílio para se livrar do vício e, especialmente, para voltar a viver em sociedade, em igualdade de condições com os não-usuários de drogas.

Cabe ao Estado, portanto, oferecer as condições necessárias para que esses cidadãos tenham instrumentos para deixar de integrar o imenso contingente de brasileiros que veem as perspectivas de vida pessoal e profissional reduzidas a pó em razão da dependência química.

É nesse sentido que o benefício assistencial que se pretende criar, por meio da presente proposição, será capaz de produzir efeitos. Caso o usuário de drogas que tenha impedimentos de qualquer natureza em razão do consumo de entorpecentes esteja disposto a submeter-se a tratamento, deve o Estado permitir, por meio de auxílio financeiro às instituições destinadas a tal finalidade, que ele tenha assegurado o direito a buscar uma nova vida.

Há que se ressaltar o inestimável trabalho desenvolvido pelas diversas instituições destinadas ao tratamento de dependentes químicos espalhadas pelo território nacional. O benefício previsto por este projeto seria auxílio fundamental para o regular funcionamento dessas entidades, centrais para o enfrentamento do problema da dependência química.

Apenas para citar um exemplo da contribuição dessas instituições para o tratamento dos dependentes, a Comunidade São Pio de Pietrelcina, localizada no município de Bandeirantes, no Estado do Paraná, possui capacidade para acolher 100 pessoas, entre adultos e adolescentes do sexo masculino a partir de 14 anos de idade. Trata-se de associação de natureza civil sem fins lucrativos, destinada à evangelização, recuperação e tratamento de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes.

Atualmente cerca de 70 residentes e suas famílias recebem acompanhamento. A comunidade atende vários municípios da região, sendo realizado importante trabalho de ressocialização, colaborando para o desenvolvimento da saúde e dos valores familiares. Na Comunidade São Pio, os residentes participam de diversas atividades, dentre elas:

1. Laborterapia;
2. Evangelização;
3. Grupos de prevenção de recaída;
4. Grupos terapêuticos individuais e coletivos;
5. Terapia Ocupacional;
6. Atividades Culturais;
7. Apoio às famílias.

É sobre esse tipo de entidade, que supre a inexistência de serviços auxiliares de assistência e saúde pública em toda a região em que está localizada, que esta proposta visa atuar.

Quanto ao custo da proposta ao erário, estou convicto que deverá poupar recursos para a União. Atualmente os gastos com o auxílio doença a dependentes químicos são elevadíssimos. De acordo com reportagem do jornal O Globo, de 10/02/2014, os pedidos de auxílio-doença para usuários de drogas triplicaram em oito anos. O total gasto em 2013 com auxílios-doença relacionados ao consumo de drogas somou R\$ 162,5 milhões de reais.

De acordo com o jornal, entre 2006 e 2013, o total de auxílios-doença relacionados à dependência química simultânea de múltiplas drogas teve aumento de 256%, pulando de 7.296 para 26.040. No mesmo período, o benefício concedido a dependente de cocaína e seus derivados, como crack e merla, também mais do que triplicou. Passou de 2.434, em 2006, para 8.638, em 2013, num crescimento de 254%. O uso de maconha e haxixe resultou, por sua vez, em auxílio para 337 pessoas, em 2013, contra 275, há oito anos.

Acontece que o auxílio-doença não atua sobre a causa do problema. O gasto público é realizado sem que exista contrapartida do dependente químico. Nossa proposta visa corrigir essa distorção. Caso queira receber o benefício, o usuário deve se tratar, como forma de sinalizar à sociedade que está buscando melhora para sua vida. De acordo com este projeto, quem recebe o benefício é a entidade responsável pelo tratamento, e não o dependente.

Pelo exposto, convicto dos méritos da proposição, submeto o projeto à apreciação de meus pares.

Sala das Sessões, em 28 de outubro de 2015.

**DEP. DIEGO GARCIA**  
**PHS/PR**

# PROJETO DE LEI N.º 5.251, DE 2016

## (Do Sr. Vitor Valim)

Torna obrigatória a internação de dependentes químicos que não tenham familiares em estabelecimentos de saúde autorizados.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À (AO) PL-2704/2015.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei torna obrigatória a internação de dependentes químicos que não tenham familiares em estabelecimentos de saúde autorizados ou ascendentes, cônjuge sobrevivente, descendentes ou colaterais até segundo grau.

Art. 2º O tratamento oferecido durante a internação terá como finalidade permanente a reinserção social do paciente na sociedade.

§ 1º O tratamento em regime de internação será estruturado para oferecer assistência integral às pessoas com comprovada dependência química que não tenham familiares, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais e de lazer.

§ 2º É vedada a internação de pacientes com comprovada dependência química que não tenham familiares em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 1º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001

Art. 3º A internação de dependentes químicos que não tenham familiares somente será realizada mediante determinação, 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, após análise de laudo médico circunstanciado que certifique a dependência química, elaborado por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento de internação.

Art. 4º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência

Art. 5º Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação.

### JUSTIFICAÇÃO

O abuso de substâncias químicas psicotrópicas representa um grave problema de saúde pública no País. O envolvimento com álcool e outras drogas tem ocorrido cada vez mais precocemente. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar, feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2012, 50,3% dos jovens brasileiros já tomaram pelo menos uma dose de bebida alcoólica. Desses, 31,7% tiveram esse primeiro contato com menos de treze anos. Esse levantamento também realçou que, do total de entrevistados, 19,6% já haviam fumado pelo menos uma vez. Já as drogas ilícitas (como cocaína, cola, crack, ecstasy, lança perfume e maconha) haviam sido consumidas por 7,3% dos jovens.

Consoante artigo publicado na Revista Ciência Plural, de 2015, “estima-se que o uso de substâncias como o álcool e drogas possa estar envolvido em até 92% dos casos relatados de violência doméstica. Em relação à violência sexual, estima-se que o uso de álcool esteja envolvido em até 50% dos casos. De acordo com pesquisa nacional realizada no ano de 2010, 25,5% dos jovens entre 10 e 19 anos já usaram algum tipo de droga psicotrópica na vida e destes 10,6% fizeram uso no último ano. Com relação ao uso de álcool, 60,5% dos adolescentes entrevistados já haviam feito uso, pelo menos, uma vez na vida e 42,4% no último ano, sem grande diferença entre os sexos”.

Se essa vinculação entre uso de substâncias psicotrópicas e a violência não bastasse, conforme estudo publicado recentemente na revista científica *Radiology*, mulheres que abusam de drogas ilícitas podem sofrer alterações permanentes no volume cerebral, com consequências a longo prazo, nas regiões frontal, límbica e temporal, que são áreas do cérebro associadas à recompensa, ao aprendizado e ao controle das funções executivas.

Percebe-se, em razão dessa breve exposição, que medidas mais rígidas devem ser tomadas para deter o abuso de substâncias psicotrópicas. Uma possibilidade de combate a esse problema é promover a internação obrigatória dos dependentes químicos diagnosticados por profissionais habilitados para evitar que eles ofereçam riscos a si próprios e à sociedade.

A internação compulsória pode trazer muitos benefícios. Do site institucional do Governo do Estado de São Paulo consta a informação de que, “segundo o National Institute on Drug Abuse (EUA), uma das instituições mais respeitadas do mundo

nessa questão, (a interação compulsória) funciona tanto quanto o tratamento feito quando o paciente se interna voluntariamente. Na publicação *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide* (Princípios do Tratamento do Vício em Drogas: Um Guia Baseado em Pesquisa), o instituto apresenta quais são os princípios de um tratamento eficaz. O texto diz ‘o tratamento não precisa ser voluntária para ser eficaz. Sanções ou incentivos impostos pela família, ambiente de trabalho ou pelo sistema judicial podem aumentar significativamente a taxa de internação e de permanência – e finalmente o sucesso das intervenções de tratamento’.

Nesse mesmo sítio eletrônico, também há diversos subsídios que fortalecem a ideia da internação obrigatória:

1 - Pesquisa do Datafolha divulgada no dia 25 de janeiro de 2012 aponta que 90% dos brasileiros apoiam a internação involuntária de dependentes de crack;

2 - No documento “Principles of Drug Dependence Treatment”, de 2008, a Organização Mundial de Saúde “considera que o tratamento de dependência de drogas, como qualquer procedimento médico, não deve ser forçado. Admite, porém, que ‘em situações de crise de alto risco para a pessoa ou outros, o tratamento compulsório deve ser determinado sob condições específicas e período especificado por lei’”;

3 – Médicos de renome como Ronaldo Laranjeira e Arthur Guerra, apoiam a internação nos casos mais graves de dependência química.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas é um serviço específico para cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas. Oferecem atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Nesses locais são desenvolvidas uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas.

Percebe-se, portanto, que a aprovação deste Projeto de Lei permitirá que cidadãos comprovadamente envolvidos com álcool e outras drogas se livrem do vício. Tirar, temporariamente, da sociedade, o dependente químico grave é uma maneira eficiente de promover a sua reabilitação.

Conto com o apoio dos Nobres Pares para a aprovação deste Projeto, para o bem da saúde pública, para o bem da segurança pública, para o bem do Brasil.

Sala das Sessões, em 11 de maio de 2016.

Deputado VITOR VALIM

**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.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

.....

.....

## **PROJETO DE LEI N.º 7.206, DE 2017**

**(Do Sr. Professor Victório Galli)**

Dispõe sobre a internação compulsória de dependentes químicos para tratamento médico.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-5251/2016.

### **O CONGRESSO NACIONAL decreta:**

Art. 1º O Poder Público poderá internar, compulsoriamente qualquer usuário de drogas em situação de risco, para tratamento médico especializado.

Art. 2º A autoridade pública responsável pela internação deverá notificar a família e os responsáveis legais das pessoas que forem internadas compulsoriamente, bem como as autoridades judiciárias competentes e o Ministério Público, informar o local onde os internados estão recebendo tratamento e as circunstâncias em que ocorreu sua apreensão.

Art. 3º O tratamento clínico para a reabilitação do internado compulsoriamente será integralmente custeado pelo Poder Público local.

Art. 4º Esta lei em vigor na data de sua publicação

## JUSTIFICAÇÃO

As políticas públicas, da União, estados e municípios, incluindo o Judiciário e o Ministério Público, estão desarticulados, pulverizados e não formam redes eficientes e integradas, essenciais tanto à prevenção e repressão quanto ao tratamento e reinserção social. Essa opinião foi unânime entre senadores e especialistas ouvidos na subcomissão sobre dependentes químicos, da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal.

A Lei 11.343/06 instituiu o Sistema Nacional de Políticas públicas sobre Drogas – SISNAD; a lei elenca medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social dos usuários e dependentes químicos, bem como normas para repressão à produção, distribuição e consumo de drogas ilícitas.

Mas o que estamos tratando nesse projeto de lei é a obrigatoriedade dos entes federados em se unirem para combater essa praga das drogas, tirando das ruas àqueles que estão aprisionados de alguma forma e levando para o tratamento médico coercitivamente com o intuito de salvar essa vida que muitas das vezes está abandonada pela própria família.

Este projeto é de cunho especialmente social, pois visa não só a retirada dos usuários de drogas das ruas mas tratar dessa doença e recuperá-lo e entregar à sociedade e ao convívio de sua família.

Sala das Sessões, 22 de março de 2017

**Deputado Professor Victório Galli**

**PSC-MT**



**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 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006**

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

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

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

**TÍTULO I**  
**DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.

Parágrafo único. Para fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União.

Art. 2º Ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar, bem como o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico-religioso.

Parágrafo único. Pode a União autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais referidos no *caput* deste artigo, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, respeitadas as ressalvas supramencionadas.

.....

.....

**FIM DO DOCUMENTO**