



Câmara dos Deputados

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO Nº 577, DE 2016

Susta a Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016, do Ministério da Saúde, que inclui, na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o tipo 83: Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde.

Autora: Deputada ERIKA KOKAY

Relator: Deputado JEAN WYLLYS

VOTO EM SEPARADO

(Do Sr. João Paulo Kleinübing)

I – RELATÓRIO

O Projeto de Decreto Legislativo nº 577, de 2016, tem o propósito de sustar a Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016, do Ministério da Saúde, que inclui, na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o tipo 83: Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde.

A proposição recebeu despacho para tramitar na Comissão de Seguridade Social e Família – CSSF e na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania – CCJC (Mérito e art. 54, RICD). Posteriormente será apreciada pelo Plenário desta Casa.

É o relatório.



II – VOTO

A Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016, do Ministério da Saúde, inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83: Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. De acordo com o §1º do art. 1º do referido ato ministerial, são considerados elegíveis ao cadastramento no CNES, sob aquela classificação, as entidades de promoção à saúde e as comunidades terapêuticas. O §2º do mesmo dispositivo conceitua como Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde os estabelecimentos que desenvolvem atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, e produção do cuidado, cujas ações e serviços de saúde são de caráter individual ou coletivo, compreendendo práticas corporais, artísticas e culturais, práticas integrativas e complementares, atividades físicas, promoção da alimentação saudável ou educação em saúde.

Referida Portaria é decorrente da obrigação de regulamentar que cabe ao Poder Executivo, neste caso, determinado pelos artigos 8º A e 8º B, da Lei 12.101, introduzidos pela Lei 12.868, publicado no Diário Oficial da União (DOU) em 16.10.2013.

De acordo com o inciso IV, do artigo 84, da Constituição Federal, referida Lei foi regulamentada pelo Decreto nº 8.242, DOU de 26.5.2014 em seus artigos 27 e 28. O “poder” regulamentar é a prerrogativa conferida à Administração Pública de editar atos gerais para possibilitar a aplicação da lei.

No âmbito do Ministério da Saúde referido Decreto foi regulamentado pela Portaria 834, publicada no DOU em 27/07/2016.

A lei 12.101, em seus artigos 8º A e 8º B estabelece que “*A execução de ações e serviços de gratuidade em promoção da saúde será previamente pactuada por meio de contrato, convênio ou instrumento congênere com o gestor local do SUS*”. Tal disposição é também expressa no Decreto 8.242, já citado, inclusive estabelecendo ao Ministério da Saúde (MS) a obrigação de regulamentar.

Conforme citado, cumprindo sua obrigação, o Ministério da Saúde, pela Portaria 834, já citada, regulamentou os artigos 8º A e 8º B, da Lei 12.101 e artigos



Câmara dos Deputados

27 e 28 do Decreto 8.242, através dos artigos 9º e 10º da Portaria, estabelecendo que “O cadastro no SCNES das entidades abrangidas por esta Seção deve estar atualizado, a fim de subsidiar a análise da prestação de serviços ao SUS” (art.15 da referida Portaria).

A Portaria 1.482 não apenas estabelece o CNES para as comunidades terapêuticas, mas também para inúmeras outras entidades de promoção da saúde, inclusive:

- I - nutrição e alimentação saudável: as ações e serviços de promoção da saúde devem considerar o padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos e de acordo com as fases do curso da vida;

- II - prática corporal e atividade física: as ações e serviços de promoção da saúde devem ser contínuos e sistemáticos, excetuadas as ações de treinamento desportivo;

- III - prevenção e controle do tabagismo: as ações e serviços de promoção da saúde devem visar à prevenção da iniciação, a cessação e a redução da exposição de não fumantes à fumaça ambiental do tabaco e o controle/monitoramento de todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados, desde o seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor;

- IV - prevenção ao câncer: as atividades relacionadas à prevenção do câncer;

- V - prevenção ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e às hepatites virais: as atividades relacionadas à prevenção do vírus HIV e hepatites virais;

- VI - prevenção e controle da dengue;;

- VII - prevenção da malária: reveste-se de importância epidemiológica, por sua gravidade clínica e elevado potencial de disseminação, em áreas com densidade vetorial que favoreça a sua transmissão;

- VIII - ações de promoção a saúde para tuberculose e hanseníase;

- IX - redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;

- X - redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito;

- XI - prevenção da violência;

- XII - redução da morbimortalidade nos diversos ciclos de vida.



Câmara dos Deputados

Além destas, também as Comunidades Terapêuticas, encontram-se entre as abrangidas pela Portaria 1.482, já citada.

As comunidades terapêuticas referidas na Portaria do Ministério da Saúde abrangem aquelas regulamentadas pela Resolução nº 29, de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Essa norma dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime de residência.

Diferentemente da “internação”, onde o profissional de saúde “prescreve” a internação, as comunidades terapêuticas, conforme Nota Técnica Nº 055/2013 – GRECS/GGTES/ANVISA estabelece:

“Quanto à admissão do residente na instituição, é necessária a avaliação por instituições da rede de saúde (como hospitais, CAPSad, ambulatorios, clínicas, entre outros), realizada por profissional habilitado, para verificar as condições de saúde do usuário, não sendo permitida a admissão e permanência de pessoas com comprometimento biológico ou psíquico grave nas instituições de caráter residencial que não possuam equipe técnica da área da saúde e infraestrutura compatíveis à assistência em período integral”.

A permanência do paciente será voluntária, podendo interromper o tratamento a qualquer momento. Ademais, importante fazer referência aqui ao conteúdo do parágrafo único do art. 1º da mencionada Resolução. Segundo esse dispositivo, o principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento nessas instituições será a convivência entre os pares.

Além do já citado, convém mencionar que a RDC nº 29, em seu Anexo, descreve em detalhes os requisitos para o funcionamento das comunidades terapêuticas.

A Portaria 1.482 faz referência expressa à Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, à Nota Técnica nº 055/2013 - GRECS/GGTES/ANVISA, regulamentadoras das Comunidades Terapêuticas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) começou a desenvolver ações mais sistemáticas na área de drogadição a partir de 2003, com o lançamento da Política



Câmara dos Deputados

do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Paralelamente, alguns setores da sociedade civil formados por ações sociais, abrigos e instituições filantrópicas também têm oferecido apoio ao dependente químico e familiares. Essas instituições, as Comunidades Terapêuticas, vêm surgindo no cenário brasileiro para preencher uma lacuna assistencial no âmbito do SUS.

De acordo com a nota técnica nº 21, de março de 2017, publicada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), sobre o perfil das comunidades terapêuticas brasileiras, existem no país cerca de duas mil instituições. A maior parte foi fundada a partir da década de 1990, mas há histórico de comunidade terapêutica com 50 anos de funcionamento. Conforme os dados das pesquisas, essas instituições respondem por 83.600 (oitenta e três mil e seiscentas) vagas para tratamento.

A nobre autora da proposição em análise, apesar de reconhecer que muitas comunidades terapêuticas desenvolvem um relevante trabalho, pondera que existem diversas denúncias quanto à atuação de algumas dessas instituições, e faz referência a um Relatório produzido em 2011 pelo Conselho Federal de Psicologia. Esse texto descreve algumas situações encontradas em locais de internação para usuários de drogas, segundo o qual há registros de interceptação e violação de correspondências, exigência de exames clínicos, imposição de credo, revista vexatória de familiares, entre outras situações. Por esses motivos, defende a necessidade de sustação da Portaria nº 1.482, de 2016. A autora considera que permitir o cadastro dessas comunidades e, então, viabilizar a realização de convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) e o posterior repasse de recursos públicos seria indevido. Em sua justificativa, pondera que deveria existir primeiramente um maior debate sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas e normas para sua fiscalização.

Entendo que, de fato, as ações que empregam dinheiro público devem ser monitoradas e fiscalizadas constantemente. Contudo, a notícia de que alguns desses estabelecimentos agem de forma a banalizar os direitos dos internos não pode ser justificativa para condenar todos aqueles outros que prestam importante assistência aos dependentes químicos. Nesse contexto, cabe mencionar a Lei nº 10.216, de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras



Câmara dos Deputados

de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, seguindo diretrizes da Organização Mundial de Saúde. O principal objetivo dessa Lei é humanizar o tratamento, de modo que a internação seja o último recurso a ser utilizado na abordagem desses pacientes. A referida norma, entre outros aspectos, dispõe sobre a proibição de internação em instituições com características asilares, e determina a necessidade de autorização médica para internação tanto involuntária como voluntária. Além disso, de acordo com seu 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. Ou seja, não se permite mais a internação por tempo indefinido. Cabe ressaltar aqui que essa norma, a Lei nº 10.216, de 2001, orienta inclusive a atuação das Comunidades Terapêuticas.

Cabe observar também que segundo a lei 12.101, Art. 8º-B, essas entidades para poderem obter o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS, devem prestar “serviços gratuitos” “previamente pactuada com o gestor local do SUS, por meio de contrato, convênio ou instrumento congênere”, sendo de relevante interesse público poder contar com seus valiosos serviços, sem custos para o Estado. Dessa forma, além de atender ao princípio da economicidade, tem o gestor local de Saúde a autonomia de pactuar com cada instituição a forma de fazê-lo, respeitando assim as normas e princípios do SUS.

Da mesma forma, como já demonstrado anteriormente, as Comunidades Terapêuticas já são regulamentadas por norma própria e tem seu reconhecimento decorrente da lei 12.101, artigos 8º B e 7º A.

Em que pese os argumentos apresentados pelo nobre relator Deputado Jean Wyllys, considero que o Projeto de Decreto Legislativo em análise não deve prosperar. É preciso enfatizar que o objetivo maior de qualquer tratamento para o usuário de substâncias psicoativas é a sua reinserção social, e, nesse contexto, a convivência, e as atividades proporcionadas pelas Comunidades Terapêuticas são importante instrumento para a superação da situação de dependência. Essas instituições cumprem importante função social, e, conforme já mencionado, devem



Câmara dos Deputados

seguir os princípios da Lei nº 10.216, de 2001 e demais normas já citadas, inclusive estabelecidas na Lei 12.868, de 2013. Assim, devemos de fato estimular a sua fiscalização, assim como dos demais serviços de saúde, e não criar óbices para seu funcionamento.

A revogação desta portaria (1.482/2016) inviabiliza as legislações acima apontadas que concedem direitos e deveres ao segmento e ao poder público, visto que o CNES é um requisito necessário para a inserção do serviço na rede de saúde e seu respectivo monitoramento e fiscalização, e o único caminho para fins de acesso a certificação do CEBAS junto à Saúde. Ante todo o exposto, voto pela rejeição do Projeto de Decreto Legislativo nº 577, de 2016.

Sala da Comissão, em de setembro de 2017.

Deputado JOÃO PAULO KLEINÜBING
PSD/SC