



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.

NOVO DESPACHO:

Despacho aposto ao REQ 3876/2023: Revejo o despacho de distribuição da matéria para encaminhá-la à Comissão de Saúde em substituição à Comissão de Previdência, Assistência Social, Infância, Adolescência e Família.

ÀS COMISSÕES DE
SAÚDE;

FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO (ART. 54 RICD) E
CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (MÉRITO E ART. 54
RICD).

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

S U M Á R I O

I - Projeto inicial

II - Projetos apensados: 6644/09, 7704/10, 623/11, 5321/13, 6671/13, 6737/13, 2704/15, 3462/15, 5251/16, 7206/17, 7912/17, 8018/17, 9889/18, 10994/18, 3433/19, 6327/19, 2332/21, 3272/21 e 5396/20

(*) Atualizado em 13/11/23, em razão de novo despacho. Apensados (19)

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 filantrópicas¹ 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 Geremias Fontes – Niterói/RJ, 22 de setembro de 1971.
- Esquadrão da Vida de Bauru – Edmundo Muniz Chaves – Bauru/SP, 26 de junho de 1972.
- Desafio Jovem de Brasília – Pastor Galdino Moreira Filho – Brasília/DF, 30 de setembro de 1972.

¹ 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 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 1.978.
- 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 os 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 Brasil².

Atualmente existem no Brasil aproximadamente 2.000 comunidades, oferecendo tratamento a 40.000 residentes³. 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.

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

² Site www.forum3sdrogas.org.br.

³ 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.

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%).

Segmento	Nº	Percentual - %
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
Comunidade terapêutica	483	38,5
(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 tratamento⁴. 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 leitos⁵.

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

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
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR
.....

CAPÍTULO I
DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES

⁴ 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**)

⁵ 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.

.....
 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 Olímpio)

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 à 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 à 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 trânsito envolvendo pessoas alcoolizadas, que se matam e matam pessoas inocentes.

É triste assistir uma juventude sendo adaptada a cadeiras de rodas, trocando o céu 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 as 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 cem 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 vítimas 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 indelinqüentes 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 tranqüilidade para um futuro melhor.

Segue abaixo informações sobre os danos ao usuário

Segundo site (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, tranqüilizantes, 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 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 metabólito 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 B₁, 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 hemorroidas.

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 frequente 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 paranoia ("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 Olimpio

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.

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

mentonar 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 aos 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 dos Nobres Pares desta Casa para a aprovação do Projeto de Lei em tela.

Sala das Sessões, em 7 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. Atuarão junto aos centros de recuperação, em regime de plantão, um representante do Ministério Público e uma autoridade judiciária, que irão acompanhar os casos de internação involuntária e compulsória.

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

§1º A internação prevista no caput deste art. 11 poderá estender-se por

um período máximo de três dias, e prorrogado para tratamento por determinação judicial, a pedido do diretor do Centro, familiares e Ministério Público pelo período necessário estabelecido pela junta médica do CREDE e acompanhamento do Ministério Público

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

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

JUSTIFICATIVA

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

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

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

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

Ainda, de acordo com a Lei 10.216/2001, a internação pode ocorrer de forma voluntária, involuntária ou compulsória. A internação psiquiátrica voluntária é aquela que se dá com o consentimento do usuário; a internação involuntária é aquela

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

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

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

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

Em se tratando de pedido de internação compulsória para tratamento de drogadição severa, existe solidariedade passiva entre a União, os Estados e os

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

Necessário citar também a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1598/00, modificada pela Resolução nº 1952/2010, que normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. De acordo com seu art. 6º, nenhum tratamento deve ser administrado a paciente psiquiátrico sem o seu consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção desse consentimento, e em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas.

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

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

Sala das Sessões, em 19 de agosto de 2015.

Deputado DELEGADO ÉDER MAURO

PSD/PA

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA

Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG

Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL

Seção de Legislação Citada - SELEC

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das

peessoas 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 necessidade 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.

.....

PROJETO DE LEI N.º 7.912, DE 2017
(Do Sr. Goulart)

Dispõe sobre alteração na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, para tratar sobre a abordagem de dependentes químicos sob efeito de substâncias psicotrópicas.

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

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art.1º Esta Lei tem o objetivo de explicitar que o dependente químico também está amparado e protegido pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Art. 2º O art. 1º da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, fica acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 1º.....

.....
Parágrafo único. O dependente químico sob efeito de substâncias psicotrópicas está amparado pelas disposições desta Lei. ” (NR)

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

JUSTIFICATIVA

A 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, 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; determina a necessidade de autorização médica para internação; bem como exige a notificação compulsória do Ministério Público, no prazo de 72 horas, em caso de internação contra a vontade expressa do paciente.

Os transtornos mentais podem ter diversas etiologias. Como exemplo, há aqueles decorrentes do uso de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas. Nesse contexto, importante considerar que há algum tempo os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas já são considerados patologias psíquicas, e estão catalogados na Classificação Internacional de Doenças (CID). Ou seja, o dependente químico está incluído no âmbito de proteção da Lei nº 10.216, de 2001.

Apesar disso, muitas vezes, quando o judiciário determina a internação compulsória de pessoas com drogadição, surgem diversos questionamentos quanto à possibilidade de desrespeito a direitos fundamentais. Há argumentos que o dependente químico só poderia ser internado com a sua concordância ou após a decretação de sua interdição judicial. Outro ponto erguido no âmbito dessa discussão

é que o fato de obrigar o paciente a se submeter, contra a sua vontade, a um regime de internação configuraria ilícito penal de cárcere privado. Contudo, de uma outra perspectiva, poderia também ser considerado que o direito à vida serve de justificativa para a internação compulsória, pois em muitos casos é o único recurso para afastar o dependente químico da possibilidade de colocar em risco a sua própria vida. Ademais, os problemas causados pela drogadição atingem, inclusive, a dignidade da pessoa humana.

É pacífico que não há direitos absolutos, e no caso de haver conflito entre dois princípios constitucionais, caberá ao aplicador do Direito, baseando-se no princípio da proporcionalidade, fazer a ponderação entre eles no caso concreto.

O projeto de lei apresentado tem o objetivo de deixar explícita a aplicação do disposto na Lei nº 10.216, de 2001, no âmbito da drogadição. Assim, os dependentes químicos terão, sem qualquer dúvida, seus direitos resguardados de acordo com o disposto na referida norma; bem como o poder judiciário terá expressamente definidos os casos em que poderá ser determinada a internação compulsória desses usuários de drogas. Importante salientar que a internação, em qualquer de suas modalidades, é exceção, só podendo ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Diante de todo o exposto, peço apoio aos Nobres Pares para a aprovação da presente proposta que pode contribuir para a aplicação de medidas protetivas específicas aos dependentes químicos. É preciso enfatizar que essas pessoas, quando em uso de substâncias psicotrópicas, podem perder temporariamente a capacidade de convívio social. O usuário de substâncias psicoativas, com frequência, perde o autocontrole e seu discernimento, sendo responsável por ações violentas que podem colocar em risco a sua própria vida e a de outras pessoas. A drogadição, além de ser um problema de saúde pública, também se configura em risco à ordem e à incolumidade pública.

Sala das Sessões, em 20 de junho de 2017.

Deputado GOULART
PSD/SP

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.

PROJETO DE LEI N.º 8.018, DE 2017

(Do Sr. Goulart)

Esta lei acresce parágrafo único ao artigo 3º da Lei nº 10.216, de 2001, de modo a tornar mais eficiente o processo de internação compulsória.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-2704/2015.

Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei acresce parágrafo único ao artigo 3º da Lei nº 10.216,

de 2001, de modo a tornar mais eficiente o processo de internação compulsória.

Art. 2º. O artigo 3º da Lei nº 10.216, de 2001, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

Art. 3º ...

[...]

Parágrafo único. No desenvolvimento da política de saúde mental poderá haver a realização de convênios entre a Administração, o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública, de modo a tornar mais célere e seguro o procedimento de internação compulsória, assegurando o efetivo exercício do contraditório e da ampla defesa.

Art3º. Esta lei entra em vigor na data da publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A dependência química representa grave problema de saúde pública não apenas no Brasil, mas de forma global. Em 2001, a Organização Mundial de Saúde encontrou que cerca de 10% da população em centros urbanos consumiam abusivamente substâncias psicoativas. O mesmo estudo demonstrou que o uso de substâncias ilícitas nos países em desenvolvimento vinha aumentando progressivamente nas últimas décadas do século passado.

São dados relativamente antigos, mas que demonstram a relevância do tema. Diante de tal situação, impõem-se medidas efetivas para o controle e o combate à adicção, considerando todas as suas mais variadas facetas.

Já muito se tem feito nesse campo. O Ministério da Saúde conduz política específica há anos, e as secretarias estaduais e municipais agem de formas diversas, com maior ou menor efetividade. Merece destaque, entre tantos outros, a estruturação da Rede de atenção psicossocial - RAPS, que criou Centros de atenção psicossocial especializados na abordagem do paciente adicto, os CAPS AD.

A discussão do tema, todavia, deve sempre considerar os princípios da Reforma Psiquiátrica, que pretere a institucionalização do paciente em prol de sua socialização. Nesse contexto, a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, assume papel preponderante.

A Lei que ora se propõe alterar aborda os direitos e o tratamento da pessoa acometida de transtornos mentais, incluso o dependente químico. Importa destacar serem previstos três tipos de internação: a voluntária; a involuntária, a pedido de terceiro; e a compulsória, por determinação judicial.

Tem-se, portanto, que, mesmo priorizando a manutenção do paciente em seu meio, já é prevista em lei a possibilidade de sua internação, até mesmo de forma compulsória. Com efeito, um período de internação poderá ser realmente necessário, mormente no caso da dependência química, que pode exigir desintoxicação sob supervisão médica.

O presente projeto de lei busca tornar mais célere e mais seguro o procedimento voltado à internação compulsória. Ao mesmo tempo em que prevê a licitude da realização de convênios, a fim de tornar o processo mais efetivo, deixa expressa a necessidade de observância de princípios relacionados ao contraditório e à ampla defesa.

O que se pretende é tão-somente facilitar o processo de internação em casos extraordinários, sempre visando ao bem do paciente, para estimular a interrupção do uso ou abuso de substâncias psicoativas. Tal medida poderá significar o início de uma nova história de vida para o paciente adicto, cujas consequências se estenderão sobre toda a sociedade.

Diante do exposto, conta-se com o apoio de todos para sua aprovação.

Sala das Sessões, em 5 de julho de 2017.

Deputado GOULART

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. 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.

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 9.889, DE 2018

(Da Sra. Eliziane Gama)

Acrescenta o art. 23-A, à Lei nº 11.343, 23 de agosto de 2006, para dispor sobre as medidas protetivas como direito dos usuários de drogas.

DESPACHO:

EM RAZÃO DA DECISÃO DA PRESIDÊNCIA DE 23 DE MAIO DE 2018, QUE TORNOU SEM EFEITO A DEVOLUÇÃO DAS PROPOSIÇÕES APRESENTADAS SEM A ESTIMATIVA DE IMPACTO ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO REFERIDA NO ART. 113 DO ATO DAS DISPOSIÇÕES CONSTITUCIONAIS TRANSITÓRIAS – ADCT, DETERMINO A APENSAÇÃO DO PL 9.889/2018 AO PL-6.671/2013.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei acrescenta o art. 23-A, à Lei nº 11.343, 23 de agosto de 2006, para dispor sobre as medidas protetivas como direito dos usuários de drogas.

Art. 2º. Inclua-se o seguinte art. 23-A à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006:

“Art. 23-A O usuário de drogas tem direito às seguintes medidas protetivas:

I – Atendimento por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde se encontre;

II – Avaliação realizada por equipe técnica de saúde, na forma do regulamento;

III - Internação voluntária às custas do Estado;

IV - Internação para desintoxicação pelo prazo máximo de 90 dias, ainda que sem o seu consentimento, quando se identifique risco à sua vida ou a de terceiros;

V - Internação judicial para desintoxicação, quando determinada pela Justiça, pelo prazo máximo de 90 dias.

VI – Formalização de qualquer internação por meio de documento que identifique os responsáveis pela avaliação e os motivos que originaram a internação.

VII – Registro das internações e altas de que trata esta Lei em um sistema de informações ao qual terão acesso o Ministério Público, Conselhos de

Políticas sobre Drogas e outros órgãos de fiscalização, na forma do regulamento.

VIII – Registro de seu tratamento em plano de atendimento individual.

IX – Garantia de sigilo das informações sobre suas internações e sobre o tratamento.

§ 1º A internação judicial é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente.

§ 2º A internação de que trata o inciso IV, deste artigo, poderá ser solicitada por cônjuge ou pessoa que possua relação de parentesco com o usuário de drogas. "(NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

A proposta original do presente projeto foi apresentada pela Comissão Especial que estudou as medidas necessárias para o enfrentamento às drogas e que encerrou os seus trabalhos em 2010. Essa proposição foi arquivada.

Entendemos que o seu conteúdo deve seguir tramitando, motivo pelo qual o reapresentamos, já que tem o objetivo de oferecer proposta para aperfeiçoar a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, dispondo sobre as medidas protetivas que podem ser aplicadas aos usuários de drogas.

A proposta visa oferecer alternativa para melhorar o atendimento aos usuários ou dependentes de drogas e para tanto:

a) prevê que a pessoa seja atendida por médico registrado no conselho regional da região onde se encontra;

b) prevê o atendimento por equipe multidisciplinar, na forma a ser definida em regulamento;

c) introduz a obrigatoriedade do tratamento individualizado, que deverá ser planejado e registrado em plano de atendimento individual;

d) determina que as informações produzidas sejam consideradas sigilosas;

e) internação custeada pelo Estado e de caráter obrigatório para desintoxicação, pelo prazo máximo de 90 dias, quando a pessoa oferecer risco para si ou para terceiros.

Pelo exposto, entendemos que a proposta contribui para o aperfeiçoamento da legislação nacional pelo que contamos com o apoio dos nobres Pares para a sua aprovação.

Sala das Sessões, em 27 de março de 2018.

Deputada ELIZIANE GAMA

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 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 10.994, DE 2018
(Do Sr. Carlos Henrique Gaguim)

Dispõe sobre alteração na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, para tratar sobre a abordagem de dependentes químicos sob efeito de substâncias psicotrópicas com medidas mais humanizadas de forma que resguardec o usuário em tratamento e seu acompanhante.

DESPACHO:
 APENSE-SE À(AO) PL-7912/2017.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art.1º Esta Lei tem o objetivo de explicitar que o dependente químico também está amparado e protegido pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Art. 2º O art. 1º da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, fica acrescido do seguinte parágrafo único: “Art. 1º.....
..... Parágrafo único.

O dependente químico sob efeito de substâncias psicotrópicas está amparado pelas disposições desta Lei. ” (NR) Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A 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, 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; determina a necessidade de autorização médica para internação; bem como exige a notificação compulsória do Ministério Público, no prazo de 72 horas, em caso de internação contra a vontade expressa do paciente. CÂMARA DOS DEPUTADOS Os transtornos mentais podem ter diversas etiologias. Como exemplo, há aqueles decorrentes do uso de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas.

Nesse contexto, importante considerar que há algum tempo os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas já são considerados patologias psíquicas, e estão catalogados na Classificação Internacional de Doenças (CID).

Ou seja, o dependente químico está incluído no âmbito de proteção da Lei nº 10.216, de 2001. Apesar disso, muitas vezes, quando o judiciário determina a internação compulsória de pessoas com drogadição, surgem diversos questionamentos quanto à possibilidade de desrespeito a direitos fundamentais. Há argumentos que o dependente químico só poderia ser internado com a sua concordância ou após a decretação de sua interdição judicial.

Outro ponto erguido no âmbito dessa discussão é que o fato de obrigar o paciente a se submeter, contra a sua vontade, a um regime de internação configuraria ilícito penal de cárcere privado.

Contudo, de uma outra perspectiva, poderia também ser considerado que o direito à vida serve de justificativa para a internação compulsória, pois em muitos casos é o único recurso para afastar o dependente químico da possibilidade de colocar em risco a sua própria vida.

Ademais, os problemas causados pela drogadição atingem, inclusive, a dignidade da pessoa humana. É pacífico que não há direitos absolutos, e no caso de haver conflito entre dois princípios constitucionais, caberá ao aplicador do Direito, baseando-se no princípio da proporcionalidade, fazer a ponderação entre eles no caso concreto.

O projeto de lei apresentado tem o objetivo de deixar explícita a aplicação do disposto

na Lei nº 10.216, de 2001, no âmbito da drogadição. Assim, os dependentes químicos terão, sem qualquer dúvida, seus direitos resguardados de acordo com o disposto na referida norma; bem como o poder judiciário terá expressamente definidos os casos em que poderá ser determinada a internação compulsória desses usuários de drogas.

Importante salientar que a internação, em qualquer de suas modalidades, é exceção, só podendo ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Diante de todo o exposto, peço apoio aos Nobres Pares para a aprovação da presente proposta que pode contribuir para a aplicação de medidas protetivas específicas aos dependentes químicos e seu acompanhante, a fim de o usuário possa se recuperar e voltar à sociedade.

É preciso enfatizar que essas pessoas, quando em uso de substâncias psicotrópicas, podem perder temporariamente a capacidade de convívio social.

O usuário de substâncias psicoativas, com frequência, perde o autocontrole e seu discernimento, sendo responsável por ações violentas que podem colocar em risco a sua própria vida e a de outras pessoas.

A drogadição, além de ser um problema de saúde pública, também se configura em risco à ordem e à incolumidade pública.

Sala das Sessões, em 20 de novembro de 2018.

Deputado CARLOS HENRIQUE GAGUIM

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.

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.433, DE 2019

(Do Sr. Léo Moraes)

Altera a Lei n. 8.080, de 1990, a fim de criar núcleos de atendimentos especializados para o tratamento de dependentes químicos na rede credenciada do SUS.

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

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei 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” passa a vigorar com o seguinte Capítulo:

“Capítulo.....

Do Núcleo especializado de Atendimento dos Dependentes Químicos

Art.1º As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das pessoas dependentes de drogas, em todo o território nacional, obedecerão ao disposto nesta lei.

Art.2º Para os efeitos desta lei, consideram-se dependentes químicos as pessoas que utilizam permanentemente substância psicoativa, lícita ou ilícita, e que apresentem falta de controle físico e psíquico em relação ao uso e efeitos da droga.

Art.3º Fica criado Núcleos de Atendimento Especializado para Dependentes Químicos em todos os Estados da Federação e no Distrito Federal componente do Sistema Único de Saúde – SUS e sob a sua responsabilidade.

Parágrafo único – portaria do Ministério da Saúde definirá estrutura física e administrativa necessária para atender a demanda regionalizada por cada unidade da federação.

Art.4 O Núcleo de Atendimento Especializado para Dependentes Químicos do SUS deverá manter atendimento e tratamento direcionado para pacientes usuários de drogas nos hospitais de urgência e emergência em integração com os serviços mantidos pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, com as seguintes competências:

I- Garantir o não constrangimento ou discriminação, bem como a igualdade e dignidade física e psíquica dos dependentes de drogas que recorram aos serviços;

II- Desenvolver campanhas de prevenção e educação que busquem maior conscientização da população dos efeitos perversos do consumo de drogas, estimulando o diálogo, a solidariedade e a não discriminação dos dependentes;

III- Estabelecer programas e ações de tratamento e de redução de danos que objetivem a recuperação e reinserção social dos dependentes de drogas;

IV- Prover as condições indispensáveis à garantia do pleno atendimento e acesso gratuito do dependente de droga aos serviços e ações;

V- Garantir o acesso a exames toxicológicos, de HIV, de Hepatite C e de outras patologias associadas à dependência de drogas na rede pública do SUS, assegurando o sigilo dos seus conteúdos;

VI- Assegurar o aperfeiçoamento e capacitação dos profissionais ligados ao Núcleo de Atendimento aos Dependentes Químicos nos hospitais de urgência e emergência.

Art.5º Para ter acesso ao tratamento na rede pública de saúde, o usuário deverá demonstrar voluntariamente intenção em obter tratamento médico ou psicoterápico a fim de livrar-se ou reduzir danos relativamente a conduta de utilização das drogas.

Parágrafo único – Os profissionais de saúde poderão realizar exames a fim de detectar o abuso de substâncias psicoativas, seu grau e o tipo da farmacodependência desenvolvida.

Art.6º O tratamento do dependente de droga na rede pública abrangerá, sem prejuízo de outras intervenções:

I - Desintoxicação;

II- Internação ou Semi-internação;

III- Farmacoterapia;

IV- Psicoterapia individual ou de grupo;

V- Atendimento familiar, comunitário e de auto-ajuda;

VI- Terapias cognitivas e comportamentais;

VII- Redução de danos a fim de minorar os efeitos da abstinência da droga.

Parágrafo único- As intervenções descritas nesse artigo poderão ser prescritas isolada ou cumulativamente.

Art.7º As instituições e estabelecimentos hospitalares que desenvolverem os serviços de tratamento e recuperação de dependentes de drogas deverão dispor de instalações físicas adequadas, profissionais da área médica, psicologia e enfermagem treinados e capacitados especificamente para esse fim.

Art.8º O SUS deverá promover a articulação e integração do Núcleo Especializado, instituído por esta lei, com os órgãos públicos e instituições não-governamentais que realizem programas e ações voltados à saúde do dependente de drogas.

Art.9º Os Estados, Distrito Federal e Municípios poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações desenvolvidas pelo Núcleo Especializado tratado por esta lei.

Art.10 O Núcleo Especializado de Atendimento para Dependentes Químicos deverá apresentar gestão descentralizada, hierarquizada e regionalizada e terá como competência, entre outras funções:

I - formular, avaliar, elaborar normas e instruções na execução da política nacional de saúde ao dependente de drogas;

II- coordenar e participar na execução da política de saúde do dependente de droga;

III- identificar os serviços estaduais e municipais, governamentais ou não, de tratamento ao dependente de droga para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

IV- prestar cooperação técnica aos serviços e ações de atenção à saúde dos dependentes de drogas desenvolvido pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

V- acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde do dependente de droga, respeitadas as competências estaduais e municipais;

VI- elaborar planejamentos, relatórios e avaliações das atividades e serviços do Núcleo Especializado;

VII- promover a participação de técnicos e consultores com especialização no atendimento à saúde do dependente de droga na gestão do Núcleo Especializado.

Art.2º Esta lei será regulamentada no prazo de 60 dias, revogando-se as disposições em contrário.

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

JUSTIFICAÇÃO

O presente projeto visa gerar regras a fim de estabelecer no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, um Núcleo Especializado de Atendimento para Dependentes Químicos, a ser integrado por serviços e ações gratuitas colocadas à disposição do dependente de substância psicoativas, tanto lícitas como ilícitas.

A atenção ao dependente de drogas faz-se fundamental porque é crescente a população, principalmente de jovens, consumidora de drogas. A grande maioria dessas substâncias causam dependência física e psíquica nos usuários e consumidores. O consumidor, com o uso permanente, desenvolve dependência que influi na redução da sua capacidade laborativa e cognitiva afetando a sua dignidade, gerando a baixa da auto estima e confiança.

A pessoa dependente não sabe a quem pedir ajuda. O Estado não oferece tratamento de saúde voltado à recuperação desse cidadão. No SUS, o dependente quando tem acesso, é enquadrado como doente mental e não recebe orientações específicas de como tratar a doença. Se possuir recursos, a pessoa dependente de droga pode recorrer a clínicas particulares onde o tratamento em regra é muito oneroso. Mas, o cidadão pobre que desenvolveu a doença da dependência fica estigmatizado e discriminado.

Trata-se, sem dúvida alguma, de uma população de risco que se encontra desamparada, sem ter acesso a políticas específicas de saúde. O custo da dependência é

excessivamente caro. Atualmente a dependência química e o uso de drogas lícitas ou ilícitas é um dos maiores problemas de saúde pública, há muitos anos deixou de ser um problema apenas social, o foco sem dúvida alguma é a falta de oportunidade, de inclusão, de educação, e principalmente de informação. Mas hoje é um grave problema de saúde pública, e essas pessoas não podem ficar sem assistência especializada. Sem dúvida, investir na prevenção e recuperação do dependente químico é um bom investimento público, porque provavelmente é muito mais barato do que os custos sociais com as consequências geradas em virtude da dependência.

A Constituição Federal, no seu art.196, preceitua que "*a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação*".

De igual modo, a Lei nº 13.840 de 06 de junho de 2019 alterou o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e permite a internação involuntária de usuários ou dependentes de drogas para tratamento, fortalecendo a necessidade de o Estado oferecer referidos Núcleos Especializados.

Portanto, a presente proposta visa incluir obrigatoriedade de atendimento especializado ao dependente químico como forma de normatizar esses serviços no SUS reformulando a Lei 8.080/90, a chamada Lei Orgânica da Saúde, a fim de que ela contemple um capítulo destinado à saúde dos dependentes de drogas.

Contamos com o apoio dos nobres pares para aprovar algo que significará um passo importante na política de prevenção às drogas.

Sala das Sessões, em 11 de junho de 2019.

Léo Moraes
Deputado Federal

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

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1988

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

TÍTULO VIII DA ORDEM SOCIAL

CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL

Seção II
Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

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:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. [*“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 12.864, de 24/9/2013*](#)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar.

CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

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;

XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. [\(Inciso acrescido pela Lei nº 13.427, de 30/3/2017\)](#)

CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde - SUS é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde - SUS, poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (VETADO).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões

intersectoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. ([Artigo acrescido pela Lei nº 12.466, de 24/8/2011](#))

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento.

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União.

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. ([Artigo acrescido pela Lei nº 12.466, de 24/8/2011](#))

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde - SUS, de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II

Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde - SUS compete:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III - definir e coordenar os sistemas:
 - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
 - c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde - SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde - SUS;

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços;

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde - SUS compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V
DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
(Capítulo acrescido pela Lei nº 9.836 de 23/9/1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde - SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

CAPÍTULO VI
DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR
(Capítulo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. [*\(Artigo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002\)*](#)

CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

[*\(Capítulo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)*](#)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. [*\(“Caput” do artigo artigo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)*](#)

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente. [*\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)*](#)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. [*\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)*](#)

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no *caput* deste artigo. [*\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.895, de 18/12/2013\)*](#)

Art. 19-L [*\(VETADO na Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)*](#)

CAPÍTULO VIII

DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

[*\(Capítulo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)*](#)

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado. [*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)*](#)

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o *caput* deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida

a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1º O processo de que trata o *caput* deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;

II - (VETADO);

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º (VETADO). [*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)*](#)

Art. 19-S. [*\(VETADO na Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)*](#)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa. [*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)*](#)

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. [*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)*](#)

TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I DO FUNCIONAMENTO

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde - SUS quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: [*\(“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015\)*](#)

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; [*\(Inciso acrescido pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015\)*](#)

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; [*\(Inciso acrescido pela Lei nº 13.097,*](#)

[de 19/1/2015\)](#)

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e [\(Inciso acrescido pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015\)](#)

IV - demais casos previstos em legislação específica. [\(Inciso acrescido pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015\)](#)

CAPÍTULO II DA PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (VETADO).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde - SUS.

TÍTULO IV DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (VETADO)

III - (VETADO)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde - SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão

exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (VETADO).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I DOS RECURSOS

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde - SUS de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (VETADO)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS; e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde - SUS caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação - SFH.

§ 4º (VETADO).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (VETADO).

CAPÍTULO II DA GESTÃO FINANCEIRA

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da

Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (VETADO).

§ 3º (VETADO).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde - FNS, observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º [*Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 13/1/2012*](#)

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (VETADO).

§ 4º (VETADO).

§ 5º (VETADO).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III DO PLANEJAMENTO E DO ORÇAMENTO

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde - SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde - SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na

área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (VETADO).

§ 1º (VETADO).

§ 2º (VETADO).

§ 3º (VETADO).

§ 4º (VETADO).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (VETADO).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (VETADO).

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (VETADO).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (VETADO).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde - SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde - SUS, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. O Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos

Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS, organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (VETADO).

Art. 49. (VETADO).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 51. (VETADO).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (VETADO).

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015\)](#)

Art. 54. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

LEI Nº 13.840, DE 5 DE JUNHO DE 2019

Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definir as condições de atenção aos

usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências.

Art. 2º A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art.3º
 § 1º Entende-se por Sisnad o conjunto ordenado de princípios, regras, critérios e recursos materiais e humanos que envolvem as políticas, planos, programas, ações e projetos sobre drogas, incluindo-se nele, por adesão, os Sistemas de Políticas Públicas sobre Drogas dos Estados, Distrito Federal e Municípios.
 § 2º O Sisnad atuará em articulação com o Sistema Único de Saúde - SUS, e com o Sistema Único de Assistência Social - SUAS." (NR)

PROJETO DE LEI N.º 6.327, DE 2019 **(Da Comissão de Legislação Participativa)**

Sugestão nº 168/2018

Autoriza o sistema único de saúde a estabelecer convênios com entidades que atuam no tratamento de pessoas com dependência química.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-5857/2009. EM RAZÃO DESSA APENSAÇÃO, ESCLAREÇO QUE A MATÉRIA PASSARÁ A TRAMITAR EM REGIME DE PRIORIDADE E SUJEITA À APRECIACÃO DO PLENÁRIO.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei autoriza o sistema único de saúde a estabelecer convênios com entidades que atuam no tratamento de pessoas com dependência química.

Art. 2º O art. 23 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 23.....

Parágrafo único. Nos casos em que as unidades públicas de saúde não tenham capacidade suficiente para o efetivo atendimento de usuários e dependentes de drogas, o sistema

único de saúde poderá estabelecer convênios com entidades privadas que atuam no tratamento de pessoas com dependência química. (NR)”

Art. 3º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O abuso de drogas e a dependência química são graves problemas de saúde pública, com consequências negativas na saúde física e nas relações sociais do indivíduo, além do risco de morte por overdoses ou pelo contato com a violência. A desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos é uma medida altamente louvável, porém, em certos casos, a internação é desejável e necessária, especialmente quando é voluntária. Apesar do aumento da capacidade de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a dificuldade de acesso ainda é uma realidade na maior parte do País, em especial fora dos grandes centros.

Segundo o Ministério da Saúde, “Somando leitos em hospitais psiquiátricos especializados e aqueles em hospitais gerais, temos cerca de 0,11 leito por 1.000 habitantes, quando o preconizado pelo próprio Ministério seria de 0,45 por 1.000 habitantes. Este índice está bem abaixo da média de cobertura dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sendo reconhecidos impactos negativos quando o índice fica abaixo de 0,30 por 1.000 habitantes”⁶.

Desta forma, é essencial a participação complementar da iniciativa privada sem fins lucrativos, no atendimento a pacientes dependentes de drogas. Em todo o Brasil, os estabelecimentos privados têm se tornado uma boa opção de acesso ao tratamento, porém é muito comum que o dependente químico não tenha recursos financeiros para se inscrever.

Com base na Sugestão nº 168, de 2018, apresentada pelo Centro de Desenvolvimento Social Convida, do Rio de Janeiro, propomos este Projeto de Lei, com o objetivo de permitir a facilitação do acesso à saúde para pessoas com dependência química.

⁶ <http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>

Sala das sessões, em 9 de dezembro de 2019.

Deputado LEONARDO MONTEIRO

Presidente

SUGESTÃO N.º 168, DE 2018
(Do Centro de Desenvolvimento Social Convida)

Sugere projeto de lei para estabelecer convênio com o Ministério da Saúde para tratamento de dependência química.

COMISSÃO DE LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA

I – RELATÓRIO

A Sugestão em epígrafe foi encaminhada à Comissão de Legislação Participativa no corrente ano pelo Centro de Desenvolvimento Social Convida, do Rio de Janeiro.

No ofício encaminhado a esta Comissão, a entidade citada sugere a proposição de Projeto de Lei que viabilize a realização de convênios entre o Ministério da Saúde e estabelecimentos que realizem tratamento de dependentes químicos. O Centro de Desenvolvimento Social Convida justifica sua iniciativa citando que recebem da população carente várias solicitações de atendimento, que não podem ser efetivados por falta de recursos financeiros.

A Sugestão apresentada cumpre os requisitos formais do regulamento interno desta Comissão de Legislação Participativa, nos termos da declaração expedida pela secretária-executiva.

É o Relatório.

II - VOTO DO RELATOR

Cabe a esta Comissão a apreciação de sugestões de iniciativa legislativa, pareceres e propostas apresentadas por associações e órgãos de classe, sindicatos e entidades organizadas da sociedade civil, nos termos do Regimento Interno da Câmara dos Deputados.

O abuso de drogas e a dependência química são graves problemas de saúde pública, com consequências negativas na saúde física e nas relações sociais do indivíduo, além do risco de morte por overdoses ou pelo contato com a

violência. A desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos é uma medida altamente louvável, porém, em certos casos, a internação é desejável e necessária, especialmente quando é voluntária. Apesar do aumento da capacidade de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a dificuldade de acesso ainda é uma realidade na maior parte do País, em especial fora dos grandes centros.

Segundo o Ministério da Saúde, “Somando leitos em hospitais psiquiátricos especializados e aqueles em hospitais gerais, temos cerca de 0,11 leito por 1.000 habitantes, quando o preconizado pelo próprio Ministério seria de 0,45 por 1.000 habitantes. Este índice está bem abaixo da média de cobertura dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sendo reconhecidos impactos negativos quando o índice fica abaixo de 0,30 por 1.000 habitantes”⁷.

Desta forma, é essencial a participação complementar da iniciativa privada, especialmente de entidades sem fins lucrativos, no atendimento a pacientes dependentes de drogas. Em todo o Brasil, os estabelecimentos privados têm se tornado uma boa opção de acesso ao tratamento, porém é muito comum que o dependente químico não tenha recursos financeiros para se inscrever.

Diante de tal quadro, a Sugestão apresentada pelo Centro de Desenvolvimento Social Convida, do Rio de Janeiro, mostra-se meritória, por permitir a facilitação do acesso à saúde para pessoas com dependência química. Pelo exposto, manifesto-me favoravelmente à Sugestão nº 168, de 2018, nos termos do Projeto de Lei apresentado anexo.

Sala da Comissão, em 22 de outubro de 2019.

Deputado POMPEO DE MATTOS
Relator

PROJETO DE LEI Nº _____, DE 2019
(Da Comissão de Legislação Participativa)

Autoriza o sistema único de saúde a estabelecer convênios com entidades que atuam no tratamento de pessoas com dependência

⁷ <http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>

química.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei autoriza o sistema único de saúde a estabelecer convênios com entidades que atuam no tratamento de pessoas com dependência química.

Art. 2º O art. 23 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 23.....

Parágrafo único. Nos casos em que as unidades públicas de saúde não tenham capacidade suficiente para o efetivo atendimento de usuários e dependentes de drogas, o sistema único de saúde poderá estabelecer convênios com entidades privadas que atuam no tratamento de pessoas com dependência química. (NR)”

Art. 3º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O abuso de drogas e a dependência química são graves problemas de saúde pública, com consequências negativas na saúde física e nas relações sociais do indivíduo, além do risco de morte por overdoses ou pelo contato com a violência. A desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos é uma medida altamente louvável, porém, em certos casos, a internação é desejável e necessária, especialmente quando é voluntária. Apesar do aumento da capacidade de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a dificuldade de acesso ainda é uma realidade na maior parte do País, em especial fora dos grandes centros.

Segundo o Ministério da Saúde, “Somando leitos em hospitais psiquiátricos especializados e aqueles em hospitais gerais, temos cerca de 0,11 leito por 1.000 habitantes, quando o preconizado pelo próprio Ministério seria de 0,45 por 1.000 habitantes. Este índice está bem abaixo da média de cobertura dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sendo reconhecidos impactos negativos quando o índice fica abaixo de 0,30 por 1.000

habitantes”⁸.

Desta forma, é essencial a participação complementar da iniciativa privada sem fins lucrativos, no atendimento a pacientes dependentes de drogas. Em todo o Brasil, os estabelecimentos privados têm se tornado uma boa opção de acesso ao tratamento, porém é muito comum que o dependente químico não tenha recursos financeiros para se inscrever.

Com base na Sugestão nº 168, de 2018, apresentada pelo Centro de Desenvolvimento Social Convida, do Rio de Janeiro, propomos este Projeto de Lei, com o objetivo de permitir a facilitação do acesso à saúde para pessoas com dependência química.

Sala da Comissão, em 22 de outubro de 2019.

Deputado POMPEO DE MATTOS
Relator

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Legislação Participativa, em reunião ordinária realizada hoje, aprovou a Sugestão nº 168/2018 na forma do Projeto de Lei apresentado no Parecer do Relator, Deputado Pompeo de Mattos.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Erika Kokay - Vice-Presidente, Alê Silva, Glauber Braga, Lincoln Portela, Padre João, Pompeo de Mattos, Rogério Correia, Vilson da Fetaemg, Alencar Santana Braga, Pedro Augusto Bezerra e Subtenente Gonzaga.

Sala da Comissão, em 20 de novembro de 2019.

Deputado LEONARDO MONTEIRO
Presidente

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

⁸ <http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>

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 PREVENÇÃO, TRATAMENTO, ACOLHIMENTO E DE REINserÇÃO SOCIAL E ECONÔMICA DE USUÁRIOS OU DEPENDENTES DE DROGAS

(Denominação do capítulo com redação dada pela Lei nº 13.840, de 5/6/2019)

Seção IV Do Tratamento do Usuário ou Dependente de Drogas *(Seção acrescida pela Lei nº 13.840, de 5/6/2019)*

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. 23-A. O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social e em etapas que permitam:

I - articular a atenção com ações preventivas que atinjam toda a população;

II - orientar-se por protocolos técnicos predefinidos, baseados em evidências científicas, oferecendo atendimento individualizado ao usuário ou dependente de drogas com abordagem preventiva e, sempre que indicado, ambulatorial;

III - preparar para a reinserção social e econômica, respeitando as habilidades e projetos individuais por meio de programas que articulem educação, capacitação para o trabalho, esporte, cultura e acompanhamento individualizado; e

IV - acompanhar os resultados pelo SUS, Suas e Sisnad, de forma articulada.

§ 1º Caberá à União dispor sobre os protocolos técnicos de tratamento, em âmbito nacional.

§ 2º A internação de dependentes de drogas somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação.

§ 3º São considerados 2 (dois) tipos de internação:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas;

II - internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida.

§ 4º A internação voluntária:

I - deverá ser precedida de declaração escrita da pessoa solicitante de que optou por este regime de tratamento;

II - seu término dar-se-á por determinação do médico responsável ou por solicitação escrita da pessoa que deseja interromper o tratamento.

§ 5º A internação involuntária:

I - deve ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável;

II - será indicada depois da avaliação sobre o tipo de droga utilizada, o padrão de uso e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde;

III - perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável;

IV - a família ou o representante legal poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento.

§ 6º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 7º Todas as internações e altas de que trata esta Lei deverão ser informadas, em, no máximo, de 72 (setenta e duas) horas, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e a outros órgãos de fiscalização, por meio de sistema informatizado único, na forma do regulamento desta Lei.

§ 8º É garantido o sigilo das informações disponíveis no sistema referido no § 7º e o acesso será permitido apenas às pessoas autorizadas a conhecê-las, sob pena de responsabilidade.

§ 9º É vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras.

§ 10. O planejamento e a execução do projeto terapêutico individual deverão observar, no que couber, o previsto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [*\(Artigo acrescido pela Lei nº 13.840, de 5/6/2019\)*](#)

.....

PROJETO DE LEI N.º 2.332, DE 2021

(Do Sr. David Miranda)

Modifica a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, para dispor sobre os direitos de pessoas sob internação involuntária.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-2704/2015.

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021

(Do Sr. DAVID MIRANDA)

Modifica a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, para dispor sobre os direitos de pessoas sob internação involuntária.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei modifica a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, para dispor sobre os direitos de pessoas sob internação involuntária.

Art. 2º O artigo 8º da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 8 – A internação voluntária somente será autorizada por médico psiquiatra devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.” (NR)

Art. 3º Acrescente-se à Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, o seguinte artigo 8º-A:

“Art. 8º-A - A internação involuntária somente será autorizada mediante laudo circunstanciado, assinado por médico psiquiatra devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento, devendo tal laudo ser acompanhado, obrigatoriamente, de uma avaliação feita por equipe técnica multidisciplinar, formada por profissionais de saúde das áreas de psicologia e serviço social, de forma a atestar risco concreto e iminente de vida para o indivíduo e/ou para outrem e a impossibilidade, no caso concreto, de utilização de recursos extra-hospitalares alternativos à internação;

§ 1º - A internação involuntária a que se refere o caput deste artigo deverá garantir, em todas as suas etapas, o direito à autonomia e autodeterminação e o respeito aos direitos humanos e terá como finalidade permanente um tratamento que tenha como objetivo a pronta reinserção social do indivíduo em seu meio.



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. David Miranda
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD219620877100>



§ 2º - Em qualquer momento durante a internação involuntária serão garantidos direitos de comunicação da pessoa, pelos meios disponíveis, preferencialmente telefonemas ou mensagens eletrônicas (e-mails).

§ 3º - A internação involuntária deverá, no prazo máximo 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.

§ 4º - Caso mantida a internação involuntária por mais de quinze dias contados da data do laudo inicial, o/a paciente terá direito a uma reavaliação psiquiátrica a ser realizada por médico psiquiatra devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 5º - O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo médico psiquiatra responsável pelo tratamento”.

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

JUSTIFICAÇÃO

Os dispositivos empregados na Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, disciplinam três espécies de internações psiquiátricas, a saber: (a) internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do indivíduo; (b) internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do indivíduo e a pedido de terceiro; e (c) internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

A nosso ver, os dispositivos empregados para a internação involuntária, malgrado salvaguardas pontuais, por não detalharem os critérios para a sua realização, deixam espaço para muitas possibilidades de violação de direitos humanos já consagrados em nossa Lei Maior.



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. David Miranda
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD219620877100>



Para que as hipóteses previstas de internação involuntária, medida que deve ser excepcionalíssima, não se preste a este papel, a lei precisa estabelecer uma série de salvaguardas técnicas e jurídicas que não foram observadas à época da elaboração da Lei 10.216/2001. Todas essas salvaguardas visam adequar o instituto da internação involuntária aos princípios constitucionais da autonomia e da dignidade humanas.

Em primeiro lugar, não é admissível que a liberdade de um ser humano possa ser privada por simples decisão de outrem, que a despeito da perícia técnica, pode se mostrar falível como qualquer outra decisão.

A exemplo do já disposto no Art. 6º da lei que ora se busca modificar, estamos exigindo que a decisão do médico responsável pela internação se dê por meio de laudo circunstanciado, que deve atestar a impossibilidade da utilização de qualquer outro método menos restritivo e invasivo, e, ainda, desde que tal laudo seja acompanhado, de forma obrigatória, de uma avaliação emanada de equipe técnica multidisciplinar formada por profissionais de saúde das áreas de psicologia e serviço social, de forma a atestar risco concreto e iminente de vida para o indivíduo e/ou para outrem e a impossibilidade, no caso concreto, de utilização de recursos extra-hospitalares alternativos à internação.

Essa previsão visa, também, adequar a legislação à jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, estabelecendo ainda a necessidade do laudo circunstanciado ser assinado por um médico psiquiatra no caso da internação involuntária¹.

Ainda munidos da mesma preocupação, diante da gravidade envolvida em um processo de internação involuntária para a liberdade e a autonomia de um indivíduo, estabelecemos o perigo concreto para a vida do próprio indivíduo ou outrem como um parâmetro razoável para internação, de modo a reforçar o caráter de medida excepcional e extrema já presente, respectivamente, na lei e na literatura científica sobre o tema. Também deixamos explícita a possibilidade de a equipe multidisciplinar que realizará a avaliação em conjunto com o médico psiquiatra decidir por um projeto terapêutico individual menos restritivo e invasivo que a internação.

1 Cf. <https://www.conjur.com.br/2018-jun-10/laudo-determinar-internacao-psiquiatra-stj>, acesso em 21/06/2021.

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. David Miranda

Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD219620877100>



Em relação ao artigo 8º da Lei, a presente alteração proposta visa adequar o comando para que a autorização se dê por médico psiquiatra, garantindo-se, assim, uma maior segurança para a realização do ato de internação voluntária.

Por fim, procuramos reforçar que o respeito às liberdades, à autonomia e a todos os direitos humanos deve ser o norte de qualquer política relacionada ao tratamento psiquiátrico de pacientes, especialmente no sentido de disponibilizar o acesso a meios de comunicação, a exemplo de telefonemas e mensagens eletrônicas (e-mails).

Acreditamos que este princípio norteador, se obedecido e reivindicado por indivíduos, entidades e movimentos, pode nos livrar de erros presentes e futuros relacionados à internação involuntária em nosso país e no mundo.

Por todo o exposto, contamos com o apoio dos nobres Pares para a aprovação do presente Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 25 de junho de 2021.

Deputado David Miranda
PSOL/RJ



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. David Miranda
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD219620877100>



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. 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.

.....

PROJETO DE LEI N.º 3.272, DE 2021

(Da Sra. Mara Rocha)

Isenta as Comunidades Terapêuticas, que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, da cobrança de taxas e encargos na obtenção de licenças e demais documentos necessários ao seu funcionamento.

DESPACHO:

APENSE-SE AO PL-2083/2019.



PROJETO DE LEI Nº DE 2020

(Da Sra. MARA ROCHA)

Isenta as Comunidades Terapêuticas, que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, da cobrança de taxas e encargos na obtenção de licenças e demais documentos necessários ao seu funcionamento.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º As Comunidades Terapêuticas, que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, ficam isentas da cobrança de taxas e encargos na obtenção de licenças e demais documentos necessários ao seu funcionamento.

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

JUSTIFICAÇÃO

Ao longo da história as Comunidades Terapêuticas têm sido uma opção de tratamento para usuários e dependentes de álcool e outras drogas em redor do mundo.

No Brasil, em especial, nas últimas quatro décadas, as Comunidades Terapêuticas têm crescido bastante, oferecendo tratamento para dependentes de substâncias psicoativas aos mais necessitados.

As Comunidades têm se firmado como agentes transformadores de uma sociedade em deterioração pela dependência química. Estima-se que existam hoje no Brasil, mais de 2.000 Comunidades, que oferecem tratamento mais de 70.000



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Mara Rocha

Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD211525401100>





acolhidos e emprego à cerca de 10.000 pessoas. E esse trabalho é feito de forma voluntária, o que faz com que essas Comunidades sobrevivam com enormes dificuldades de manutenção.

Ainda que exista o repasse de recursos por parte do Ministério da Cidadania, que é insuficiente para o grande volume de atendimento, essas entidades precisam pagar por taxas e demais despesas para ter acesso às licenças e demais documentações exigidas para firmar convênios e receber recursos públicos.

Essa cobrança é uma incoerência e um desrespeito diante do enorme serviço prestado por essas Comunidades, que acolhem e tratam aqueles que já foram abandonados pela sociedade. O Estado cobra taxas para que a Comunidade Terapêutica preste um serviço que, *prima facie*, deveria ser prestado pelo próprio Estado, que dele não se desincumbe

O presente Projeto de Lei visa corrigir essa distorção, promovendo a isenção de cobrança de taxas federais na obtenção de licenças e demais documentos necessários ao seu funcionamento. Essa simples medida irá garantir um mínimo de conforto econômico às Comunidades Terapêuticas, para que elas possam continuar servindo à sociedade.

Ante o exposto, em face do evidente interesse público da matéria, pedimos o apoio dos nobres pares à aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em de de 2021

MARA ROCHA
Deputada Federal – PSDB/AC



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Mara Rocha
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD211525401100>



PROJETO DE LEI N.º 5.396, DE 2020

(Do Sr. Alexandre Frota)

"O programa de Saúde Mental já instituído pelo Sistema Único de Saúde, deverá manter o programa já existente para os Dependentes Químicos e dá outras providências".

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

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Os atuais programas de saúde instituídos pelo Sistema Único de Saúde, incluindo o de Saúde Mental, especialmente o que trata da Dependência Química deverá ser implantado e mantido em todos os Estados da Federação, bem como utilizar de outros órgãos públicos para realizar pesquisas e promover a diminuição desta doença.

§ 1º Todo o programa destinado aos dependentes deverá manter em seus quadros médicos psiquiatras, enfermeiro, psicólogos, assistentes sociais, e demais técnicos.

§ 2º O intuito deste programa deverá ser o de atendimento e aperfeiçoamento nas técnicas que minimizem esta doença, bem como o problema social.

Art. 2º Os Estados deverão implantar este programa através de suas equipes de Saúde, e serão necessariamente vinculados ao Sistema Único de Saúde.

§ 1º Este programa deverá ser contínuo, e não pode haver interrupção por qualquer motivo.

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

JUSTIFICATIVA

O Governo Federal, acena com a possibilidade de redução em programas de saúde ou educacionais no país, talvez por achá-los de menor importância, que se reveste de total desapego a necessidade básica da população brasileira.

Não podemos abandonar nossos dependentes químicos nas mãos exclusivamente de pessoas e de policiais que fazem um trabalho de conscientização desta doença.

Como sabemos a doença da dependência química é já catalogada pela Organização Mundial de Saúde que a configurou como problema de saúde mental.

A interrupção de qualquer programa neste sentido causa ao doente um retorno que pode ser fatal ao uso continuado de drogas lícitas ou ilícitas, o país não pode abandonar estas pessoas a sua própria sorte, sob pena de aumentar sobremaneira os problemas sociais já existentes.

A recuperação destas pessoas é possível e com um tratamento multidisciplinar

devidamente realizado, podem retornar para as suas famílias e se tornarem membros produtivos da sociedade.

Para tanto todos os Estados da Federação devem estar envolvidos nos programas de Saúde Mental e especialmente para a solução dos problemas dos dependentes químicos.

A continuidade deste programa é que resultará em soluções satisfatórias para a sociedade, as interrupções geram problemas maiores nos usuários deste programa e mais que isso podem agravar o problema social já existente, desta forma esta proposição legislativa vai de encontro aos anseios sociais e individuais dos cidadãos brasileiros.

Por todo o exposto, espera o autor a tramitação regimental e apoio dos nobres colegas na aprovação do Projeto de Lei, que atende aos pressupostos de constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa.

Brasília 7 de dezembro de 2020

Alexandre Frota
Deputado Federal
PSDB/SP

.....
FIM DO DOCUMENTO