

**COMISSÃO ESPECIAL PARA EFETUAR ESTUDO SOBRE AS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL ENTRE CIDADÃOS BRASILEIROS E, ESPECIALMENTE, AS RAZÕES QUE DETERMINAM O AUMENTO EXPONENCIAL DO CONSUMO DESSA SUBSTÂNCIA NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS**

# **RELATÓRIO**

Relator: Deputado Vanderlei Macris

*“A doença do alcoolismo, a despeito de ser implacável, não é um monstro desconhecido; conhecendo-lhe as entranhas, tem-se mais chances de êxito no trato com a questão, pois, pior do que os perigos que se conhecem (e contra os quais, de um modo ou de outro, pode-se preparar uma ou outra forma de defesa), são os perigos desconhecidos (que, pela ignorância da vítima, pulverizam logo de início qualquer tentativa de fuga ou de resistência).”*

**(Paulo de Abreu Leme)**

**MARÇO/2012**

## AGRADECIMENTOS

Ao submetermos o presente Relatório da Comissão Especial sobre as Causas e Consequências do Consumo Abusivo de Bebida Alcoólica à apreciação deste plenário, gostaríamos de reconhecer a importância de inúmeras contribuições recebidas durante as atividades que resultaram em sua elaboração.

Inicialmente, agradecemos ao Senhor Presidente, Deputado Geraldo Resende, pela forma democrática, participativa e harmoniosa com que conduziu a Mesa e o conjunto dos trabalhos desta Comissão Especial. Estendemos nossos agradecimentos aos demais membros da Mesa, o Deputado Jesus Rodrigues, 1º Vice-Presidente, o Deputado Mandetta, 2º Vice-Presidente, e a Deputada Aline Corrêa, 3º Vice-Presidente, que contribuíram enormemente para o êxito dos trabalhos desta Comissão.

Os membros desta Comissão merecem um agradecimento especial. Todos entraram de corpo e alma nos debates em busca de maiores conhecimentos e soluções para atuar no problema da bebida alcoólica no Brasil. Cada um dos membros possibilitou, pelas participações, sugestões e intervenções apresentadas, na elaboração de propostas relevantes ao nosso relatório.

Não poderíamos deixar de agradecer à secretária da nossa Comissão, Heloísa Diniz, que eficientemente colaborou para o bom andamento dos trabalhos, e ao consultor Gustavo Machado, que nos auxiliou e foi responsável pela feitura e organização do nosso relatório final. Agradeço, também, as imensas contribuições dos assessores do PSDB, Sandra Quezado, Celeste Guimarães, Wilson Calvo e Celso Correia Neto, bem como meus assessores de Brasília (DF), São Paulo e Americana (SP), que acompanharam todo o andamento do trabalho desta Comissão Especial e, sem dúvida, nos auxiliaram de maneira ímpar.

Agradecemos a todos os palestrantes que participaram da Comissão Especial sobre as Causas e Consequências do Consumo Abusivo de

Bebida Alcoólica. Também aqueles que não puderam estar nas audiências, mas que nos enviaram seus estudos e pesquisas. Destacamos, ainda, a colaboração de diversas entidades, autoridades e pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para o êxito de nossos trabalhos. Todos foram muito importantes.

Finalmente, agradecemos ao Presidente desta Casa, Deputado Marco Maia, pelo apoio político demonstrado, tanto na criação, quanto no desenvolvimento dos trabalhos desta Comissão Especial.

Muito obrigado!

## SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO .....	7
II - ATO DE CRIAÇÃO E COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO ESPECIAL .....	10
III – ROTEIRO DE TRABALHO DA COMISSÃO .....	20
IV – CALENDÁRIO DAS REUNIÕES .....	21
V – RESUMO DOS DEPOIMENTOS REALIZADOS NA CÂMARA DOS DEPUTADOS (POR ORDEM CRONOLÓGICA DE OITIVA) .....	22
REUNIÃO DE 24/5/2011 .....	22
DR. RONALDO LARANJEIRA - Professor da Universidade Federal de São Paulo e Coordenador do Deptº de Dependência Química da Associação Brasileira de Psiquiatria.....	22
DR. VALDI CRAVEIRO BEZERRA - Representante da Sociedade Brasileira de Pediatria .....	23
REUNIÃO DE 31/5/2011 .....	24
DR. ROBERTO JOSÉ BITTENCOURT, Médico especialista em saúde pública e Professor da Universidade Católica de Brasília .....	24
SR. WALTER COUTINHO, Consultor e especialista em dependência química.....	25
DRA. PAULINA VIEIRA DUARTE, Diretora da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD .....	26
REUNIÃO DE 7/6/2011 .....	28
DR. ROBERTO TYKANORI KINOSHITA, Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde .....	28
DRA. ANA CECÍLIA ROSELLI MARQUES, Médica Psiquiatra e pesquisadora da Unidade de Álcool e Drogas (UNIAD) da Universidade Federal de São Paulo .....	30
DR. PAULO DE ABREU LEME, Médico e escritor .....	34
DRA. MARIA LUCI PORTO, representante da Associação Alcoólicos Anônimos .....	34
REUNIÃO DE 14/6/2011 .....	35
DR. JUBERTY ANTÔNIO DE SOUZA, Médico Psiquiatra e professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul ....	35
DRA. FABIANE VICK, Psicóloga responsável técnica da Saúde Mental Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul .....	37
DR. PAULO EUGÊNIO CLEMENTE – Antropólogo, da Coordenação Geral de Promoção dos Direitos Sociais da Diretoria de Promoção ao Desenvolvimento Sustentável - representando o Presidente da FUNAI .....	38
DRA. KARINA PARANHOS, Responsável pelo programa de saúde mental do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena do Alto Solimões.....	39
REUNIÃO DE 28/6/2011 .....	40
DR. ORLANDO MOREIRA DA SILVA, Diretor do Departamento Nacional de Trânsito – DENATRAN.....	40

DR. MAURO AUGUSTO RIBEIRO, Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Tráfego – ABRAMET .....	42
DRA. VILANY MENDES FELIX, Major Médica do Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar, representando o Comandante Geral do Corpo de Bombeiros do DF .....	44
REUNIÃO DE 12/7/2011 .....	45
SR. GILBERTO LEIFERT, Presidente do Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária – CONAR.....	45
Srs. RENAN LELIS GOMES e VALMIR PUERTAS RODRIGUES, representantes do Grupo Musical Inquérito .....	47
REUNIÃO DE 17/8/2011 .....	48
Sr <sup>a</sup> MARIA DE LOURDES MAGALHÃES - Conselheira Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) .....	48
REUNIÃO DE 20/9/2011 .....	51
Sra. REGINA MARIA FILOMENA DE LUKA MIKI, Secretária Nacional de Segurança do Ministério da Justiça.....	51
Sr. ANTÔNIO DE BARROS ARAÚJO FILHO, representante da Associação Viva Bem, de Teresina-PI.....	51
REUNIÃO DE 27/9/2011 .....	53
LUIZ ALBERTO CHAVES DE OLIVEIRA - Coordenador de Políticas sobre Drogas da Secretaria de Justiça do Estado de São Paulo .....	53
DISRAELLI GALVÃO GUIMARÃES - Diretor do Sindicato Nacional da Indústria da Cerveja - SINDICERV.....	55
REUNIÃO DE 18/10/2011 .....	57
Desembargador MANOEL ALBERTO REBÊLO DOS SANTOS - Presidente do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro .....	57
Dr. JOSÉ MAURO BRAZ DE LIMA - Professor de Medicina da UFRJ e Coordenador do Programa Acadêmico de Álcool e Drogas da UFRJ.....	57
REUNIÃO DE 7/12/2011 .....	59
Dr. ALEXANDRE PADILHA – Ministro de Estado da Saúde.....	59
VI – REUNIÕES DA COMISSÃO REALIZADAS FORA DA CÂMARA DOS DEPUTADOS .....	107
REUNIÃO REALIZADA NA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO MATO GROSSO DO SUL EM 30/6/2011 .....	107
REUNIÃO REALIZADA NA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE SÃO PAULO EM 11/8/2011 .....	110
REUNIÃO REALIZADA NA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO CEARÁ EM 11/8/2011 .....	112
VII - CONCLUSÕES.....	115
VII.1 SITUAÇÃO ATUAL DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NO BRASIL .....	115
VII.2 IMPACTO NA SOCIEDADE .....	118
VII.3 REPERCUSSÕES SOBRE A SAÚDE PÚBLICA .....	122
VII.4 CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E TRÂNSITO .....	123
VII.5 ÁLCOOL E VIOLÊNCIA.....	124
VII.7 COMERCIALIZAÇÃO E PUBLICIDADE.....	126

VII.8 TRATAMENTO E PREVENÇÃO .....	128
VII.8.1 Grupos e comunidades terapêuticas .....	130
VII.9 ALCOOLISMO ENTRE A POPULAÇÃO INDÍGENA .....	131
VII.10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
VIII – PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS DA COMISSÃO .....	154
VIII.1 Proposta de Emenda à Constituição .....	154
VIII.1 Projeto de Lei .....	156
IX – RECOMENDAÇÕES.....	159
IX.1 À mesa da Câmara dos Deputados.....	159
IX.2 Ao Poder Executivo .....	159
IX.2.1 – À Presidência da República .....	159
IX.2.2 – Ao Ministério da Justiça .....	159
IX.2.3 – Ao Ministério da Saúde .....	160
IX.2.4 – Ao Ministério dos Transportes .....	160
IX.2.5 – Ao Ministério da Educação .....	160
IX.2.6 – Ao Ministério das Cidades .....	161
IX.3 – Aos governos estaduais .....	161
IX.4 – Às prefeituras .....	161
IX.5 – Encaminhamento de cópia deste Relatório aos seguintes órgãos: .....	161
LISTA DE ANEXOS.....	163

## I - INTRODUÇÃO

“Estamos num campo de guerra...”. Com essas palavras, a Major Médica do Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, Dra. Vilany Mendes Felix, finaliza a sua participação na Audiência Pública da Comissão Especial, do dia 28 de junho de 2011, relatando o desempenho diário dos soldados do fogo, primeiros responsáveis pelo atendimento de acidentados no trânsito. O Plenário da Comissão, com seus convidados e parlamentares, ficou impressionado com a palestra contundente e realista da representante do Comandante Geral do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal, ao mesmo tempo em que tomava consciência de uma estatística muito cruel: o álcool é o responsável pela maioria dos acidentes de trânsito.

Nesse exato momento, tivemos a confirmação de que a ideia de propor uma Comissão onde a sociedade pudesse discutir as razões do notório excesso do consumo de bebida alcoólica registrado nos últimos tempos, as consequências trágicas desse aumento e as possíveis soluções para – também - salvar vidas, tinha sido uma decisão muito acertada.

Da mesma forma que a Dra. Vilany, outras autoridades, artistas, médicos, psicólogos, religiosos, empresários, pais, mães, voluntários em geral, vieram contribuir com a Comissão. A cada grupo de convidados que se sucediam nas audiências públicas, fomos tomando conhecimento da dor profunda que o excesso de bebida pode causar ao ser humano. O que fazer para minimizar essa dor? O que o Poder Legislativo pode fazer para intervir nesse processo e sanar a dor de milhares de famílias brasileiras vítimas direta ou indiretamente do sofrimento causado por um membro alcoolista?

Segundo levantamento realizado pelo grupo interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREC), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, em São Paulo, cerca de 15% da população brasileira é alcoolista. São milhões de pessoas que enfrentam problemas devido ao consumo excessivo

de bebidas alcoólicas e que se envolvem em acidentes de trânsito, violência, perda de emprego, conflitos familiares e outros.

Em nossa sociedade, o álcool parece estar perfeitamente integrado a grande parte dos ambientes e situações do cotidiano das pessoas, onde as atividades de lazer, as viagens, almoços em família, negócios, parecem só oferecer pleno prazer se acompanhadas de algum tipo de bebida alcoólica. Trata-se de um viés cultural equivocado que relaciona prazer ao álcool e que vitima pessoas predispostas à doença do alcoolismo. O fato é que cada vez mais pessoas começam a beber mais cedo, como revelam dados que identificam crianças com problemas de alcoolismo aos 10 anos de idade. As consequências são trágicas, quase sempre com resultado morte, seja pela progressão da doença ou por envolvimento em acidente ou violência.

Em 2008, uma Pesquisa do Ministério da Saúde sobre Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, por Inquérito Telefônico - Vigitel 2008, divulgada em abril de 2009, deu o alerta de que estava havendo um aumento excessivo no percentual de consumo abusivo de álcool que foi de 10,5%, em 2008, contra 9,3% em 2007 e 8,1% em 2006.

Esse aumento parecia fazer sentido para explicar a quantidade de acidentes de trânsito, violência doméstica e homicídios percebidos pela população, que no seu exercício da cidadania enviou a este Relator muitas mensagens pedindo que fossem feitas alterações na legislação para reduzir o consumo de bebida alcoólica ou para apenar motoristas bêbados que matavam no trânsito.

Partindo do resultado da pesquisa que alertava sobre o aumento abusivo do consumo do álcool, requeremos ao Presidente da Câmara a instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito que, ao final, resultou na instalação da Comissão Especial. Este foi o trabalho da Comissão: entender as causas e consequências desse aumento e dar uma resposta ao cidadão.

Durante os trabalhos da Comissão, constatamos o esforço de vários seguimentos da sociedade, preocupados com a questão, e que se

dispõem, dia a dia, a tratar, cuidar e incluir as pessoas dependentes do uso de bebida alcoólica. São heróis anônimos que merecem todo o nosso respeito e apoio.

Esse mesmo clima de engajamento tomou conta da Comissão cujo tema, por sua gravidade, mereceu a atenção de todos. Por isso, reiteramos nossos agradecimentos ao Presidente da Câmara dos Deputados, Deputado Marco Maia, ao Presidente desta Comissão, Deputado Geraldo Resende, aos demais membros da Comissão, e, em especial, aos parlamentares que organizaram as audiências públicas em suas regiões.

Ao participarmos das reuniões da Comissão em Brasília, na Câmara dos Deputados, e nas reuniões programadas em vários Estados, os membros da Comissão tiveram suas vidas modificadas por uma nova consciência. Gostaríamos que este Relatório que preparamos como síntese do trabalho feito nesses mais de nove meses, seja dedicado às pessoas que se integraram ao nosso trabalho e vieram à Comissão trazer o seu apelo, a sua história, a sua experiência. Com este Relatório Final esperamos contribuir para reduzir as causas e consequências do consumo de bebida alcóolica.

## **II - ATO DE CRIAÇÃO E COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO ESPECIAL**

Esta Comissão Especial teve origem no seguinte Requerimento do Deputado Vanderlei Macris:

### **REQUERIMENTO DE INSTITUIÇÃO DE CPI Nº , DE 2011**

**(Do Sr. Vanderlei Macris e outros )**

Requer a criação de Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar as causas e consequências do consumo abusivo de álcool entre cidadãos brasileiros e, especialmente, as razões que determinaram o aumento exponencial do consumo dessa substância nos últimos cinco anos.

Senhor Presidente:

Requeremos a Vossa Excelência, nos termos do § 3º do art. 58 da Constituição Federal e na forma dos arts. 35, 36 e 37 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, a instituição de Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar as causas e consequências do consumo abusivo de álcool entre cidadãos brasileiros e, especialmente, as razões que determinaram o aumento exponencial do consumo dessa substância nos últimos cinco anos.

A Comissão será composta por 23 membros e igual número de suplentes, terá o prazo de 120 dias, prorrogável por até metade.

As despesas decorrentes do funcionamento desta Comissão correrão à conta de recursos orçamentários da Câmara dos Deputados.

O art. 196 da Constituição de 88 estabelece que “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 a promoção, proteção e recuperação”. Por sua vez, o art. 198 estabelece que as ações e serviços públicos de saúde

integram o Sistema Único de Saúde, que inclui a União, os Estados e os Municípios.

Inúmeras pesquisas e levantamentos realizados recentemente indicam que os padrões de consumo de álcool pela população brasileira são altamente preocupantes, e incluem o uso frequente e consumo excessivo (grandes quantidades num mesmo dia ou evento) e a associação aos riscos deles decorrentes - acidentes, violência e sexo desprotegido. Além disso, grande parte dos acidentes de trânsito com vítimas está associada ao uso de bebidas alcoólicas pelo condutor do veículo ou pelo pedestre vítima de atropelamento, mesmo após a vigência da Lei Seca (Lei nº 11.705/2008).

Pesquisa do Ministério sobre Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel 2008, divulgada em abril de 2009, incluiu perguntas sobre hábitos alimentares, atividade física, auto avaliação do estado de saúde, tabagismo, consumo de álcool, prevenção de câncer, excesso de peso e obesidade. Diz a pesquisa:

“Cresce consumo de álcool no Brasil

**No Brasil, as informações sobre o consumo abusivo de álcool mostram tendência de crescimento. Em 2008, 19% declaram ter consumido álcool de forma abusiva em alguma ocasião nos últimos 30 dias. Em 2007, foram 17,5%; em 2006, primeiro ano do Vigitel, foram 16,1%.** O consumo é mais frequente em faixas etárias mais jovens – alcançando 30% dos homens e 10% das mulheres entre 18 e 44 anos. Consumo abusivo de álcool é 3x maior entre homens em relação às mulheres

Dados inéditos do Ministério da Saúde confirmam que o consumo abusivo de álcool continua mais frequente e intenso entre os homens em relação às mulheres. De acordo com dados do Vigitel 2008, o percentual de consumo abusivo de álcool para o sexo masculino é de 29% dos entrevistados, 10 pontos percentuais acima da média nacional (19%) e três vezes maior do que o registrado entre as mulheres (10,5%). De acordo com o estudo, o percentual de consumo abusivo de álcool entre homens em 2008 foi o maior desde 2006, quando teve início o Vigitel. Há três anos, 25,3% dos homens entrevistados afirmaram ter consumido abusivamente o álcool, contra 27,2% (2007) e 29% (2008).

Veja texto completo: Cresce consumo abusivo de álcool entre os brasileiros. Mulheres aumentaram o consumo abusivo de álcool. As mulheres estão bebendo mais. De acordo com o Vigitel, em 2008 o

percentual de consumo abusivo de álcool foi de 10,5%, contra 9,3% em 2007 e 8,1% em 2006.

### **Beber e dirigir**

O brasileiro voltou a beber e dirigir com mais frequência nos últimos meses de 2008 em relação aos primeiros meses da Lei Seca, em vigor desde junho do passado, e reverteu a tendência inicial de queda verificada pelo Ministério da Saúde. Nos meses de julho, agosto, setembro e outubro do ano passado, os percentuais de pessoas que afirmaram ter consumido álcool de forma abusiva e ter dirigido depois foram de 1,3%, 0,9%, 1,2%, 1,2%, respectivamente. Em novembro e dezembro, os percentuais saltaram para 2,1% e 2,6%, dados bastante elevados em relação aos meses anteriores.

Com relação ao cenário nacional, o dado percentual médio do Brasil foi de 1,5%, menor do que os 2% verificados em 2007, ano em que Vigitel iniciou a pesquisa sobre álcool e direção.

Comparativo do consumo abusivo de bebidas alcoólicas\* e direção de veículo motorizado em capitais brasileiras, entre julho a dezembro de 2007 e 2008 e primeiros meses de 2009.”

Os dados relativos ao consumo de bebidas alcoólicas no Brasil mostram mais do que um problema social, pois, na verdade, estamos diante de um grande problema de saúde pública. Dados das Pesquisas do Ministério da Saúde (MS) de 2007 mostram que **35% das vítimas internadas em hospitais de emergência no País apresentavam índices elevados de alcoolemia**. Na pesquisa qualitativa realizada de 2007 do MS junto a jovens do país (Pesquisa Projeto Novas Políticas no Consumo de Bebidas Alcoólicas – MS – 2007), foi possível perceber que a questão está enraizada na cultura brasileira. Uma das principais constatações da pesquisa é que o consumo de bebida alcoólica no Brasil é cada vez mais banalizado e, como se não bastasse, muitas vezes estimulado dentro da própria família, seja diretamente, quase como um rito de passagem para a vida adulta, seja indiretamente, nos exemplos dados por pais e familiares ao consumirem bebidas alcoólicas indiscriminadamente na frente de crianças e adolescentes. Mais uma vez, o consumo se mostra como um hábito cultural.

Segundo a OMS, os problemas de saúde pública relacionados com o consumo de álcool são substanciais e têm um impacto negativo considerável, tanto no consumidor como na sociedade.

O jornal O Estado de São Paulo de 7/2/2011 publicou notícia sob o título: “Dos jovens viciados em álcool, 40% começaram a beber antes dos 11 anos”. Diz a notícia:

“ Entre adultos, a taxa é de 16%, de acordo com dados do Centro de Referência em Álcool, Tabaco e Outras Drogas (Cratod), da Secretaria da Saúde de São Paulo. Maioria teve primeiro contato com bebida alcoólica dentro de casa ou na presença de familiares. O manobrista Johnny, de 22 anos, tomou o primeiro gole de vinho aos 11 anos, com o irmão mais velho. Aos 7 anos, a doméstica Madalena, de 50, bebeu um copo de pinga em casa, pensando que era água. Hoje, os dois engrossam as estatísticas do Centro de Referência em Álcool, Tabaco e Outras Drogas: 40% dos adolescentes e 16% dos adultos que procuram tratamento para se livrar do vício experimentaram bebida alcoólica antes dos 11 anos.

"Bebia uma garrafa de vinho por dia, mas logo mudei para a cachaça. Fumava muitos cigarros e me envolvi com drogas. Antes de me viciar em álcool, eu era o melhor aluno da sala. Depois parei de estudar. Minha vida virou um inferno. Só resolvi procurar ajuda especializada quando me dei conta de que poderia morrer", conta Johnny.

Os litros de cachaça tomados diariamente transformaram Madalena em uma adulta com problemas com álcool e desmotivada. O abuso a fez perder o marido e dois filhos, que se mudaram de cidade e não mantêm mais contato com ela. Por causa disso, Madalena tentou o suicídio. Foi quando descobriu que era hora de pedir ajuda. Está em tratamento intensivo faz 40 dias.

Os dados sobre o primeiro contato com a bebida impressionaram a psiquiatra Marta Ezierski, diretora do Centro de Referência em Álcool, Tabaco e Outras Drogas (Cratod), vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. "Uma coisa é falar de alcoolismo na população em geral. Outra é falar com base em uma população triada, já dependente. O número é muito alto."

As informações são resultado de duas análises: uma de 684 pacientes adultos e outra de 138 adolescentes que procuraram o Cratod nos últimos dois anos.

O ponto que mais chamou a atenção foi o fato de os jovens terem começado a beber ainda crianças, geralmente em casa ou na presença de familiares. Segundo o levantamento, em 39% dos casos o pai bebia

abusivamente; em 19%, a mãe; e em 11%, o padrasto. O relatório aponta ainda que, após o contato com álcool e tabaco, metade relatou ter experimentado maconha.

"Eram crianças que tinham o consentimento da família para beber, porque o pai ou a mãe bebiam. Eles começaram a ingerir bebidas sem culpa e não se deram conta de que estavam se viciando. Um paciente chegou a dizer que havia nascido dentro do álcool", diz a diretora do Cratod.

Segundo Marta, o levantamento também demonstrou que, em geral, os adultos procuram ajuda quando já se envolveram com outras drogas, estão deprimidos, tentaram suicídio ou porque estão com alguma doença ou seqüela decorrente do consumo abusivo. Já os adolescentes, diz a médica, normalmente vão ao Cratod por causa de conflitos em casa ou na sociedade.

Outros fatores. O psiquiatra Carlos Augusto Galvão, do Hospital Beneficência Portuguesa, conta que o alcoolismo tem dois fatores principais: o cultural e o genético - sabe-se que o alcoolismo tem um componente hereditário, mas os genes envolvidos ainda não foram descritos.

Para ele, o fato de os alcoolistas em tratamento terem começado a beber dentro de casa e ainda crianças pode ser explicado pela questão da imitação. "A criança imita aquilo que o adulto faz. E o jovem continua bebendo para se achar gente grande."

Outra justificativa apontada por Galvão é o excesso de publicidade de bebida alcoólica na televisão, o que não deve ser combatida tão cedo pelo governo federal. "O prejuízo social que a propaganda provoca é grande. Mas é complicado para o governo investir no combate ao álcool, como fez com o cigarro, porque a bebida alcoólica não incomoda a pessoa que está ao lado."

Marta afirma que há estudos que demonstram que uma propaganda de cerveja aumenta em 11% o consumo da bebida entre os jovens. "Isso é muito sério", alerta a psiquiatra.

Segundo Galvão, além de causar dependência, o álcool pode provocar distúrbios no sistema nervoso central, problemas no fígado e no pâncreas - em geral após anos de exposição à bebida.

O coordenador de vendas Guilherme, de 23 anos, bebe em excesso desde os 15, mas diz não precisa de ajuda. Consciente de que exagera,

diz que a bebida ainda não lhe causou nenhum mal e que ajuda a relaxar.

"Bebo umas quatro garrafas de cerveja por dia e umas duas garrafas de vodca ou tequila no fim de semana. Só não bebo às segundas-feiras porque quero dar uma recuperada no corpo", diz o jovem, que estima gastar R\$ 1 mil por mês apenas com bebidas alcoólicas.

Campanhas educativas. Para especialistas, a única maneira de afastar crianças do álcool é criando campanhas de conscientização específicas para essa faixa etária e oferecendo mais serviços especializados de tratamento. "Não adianta entrar de sola na profilaxia se não houver como marcar uma consulta com um médico psiquiatra na rede pública, por exemplo", diz Galvão.

Essa é uma das principais bandeiras do secretário de Estado da Saúde, Giovanni Guido Cerri: combater o consumo de álcool entre crianças e adolescentes por meio de campanhas educativas, feitas em parceria com a Secretaria de Educação.

Uma das ações será a realização de blitzes em bares, danceterias e restaurantes. “

Relatório recente da OMS afirma que "o consumo de álcool provoca grandes problemas de saúde pública". O produto é a quinta causa de morte prematura e de incapacidade no mundo todo e provoca 4,4% das doenças em todo o planeta. Em geral, o consumo de álcool é a terceira maior causa de doenças nos países desenvolvidos, e a primeira entre os homens nos países em desenvolvimento com taxas de mortalidade baixas. Por tipos de patologias, o efeito nocivo do álcool se relaciona com os transtornos neuropsiquiátricos (entre eles, o alcoolismo), que somam 34,3% das doenças e mortes ligadas a esse hábito. Além desses problemas, o álcool está estritamente ligado a acidentes de trânsito, queimaduras, afogamentos e quedas (25,5%), além de se relacionar ao suicídio (11%), à cirrose hepática (10,2%), às doenças cardiovasculares (9,8%) e ao câncer (9%). Se apenas as mortes forem consideradas, as três categorias principais ligadas ao álcool são os acidentes (25%), as doenças cardiovasculares (22%) e o câncer (20%).

As intervenções sugeridas pela OMS para o enfrentamento do problema incluem a formulação e implementação de políticas de controle do álcool; reforço da liderança, coordenação e mobilização dos parceiros; estímulo à consciencialização e à ação comunitária; educação do público a partir da informação; melhoria da resposta do setor da saúde; e reforço dos sistemas de

informação estratégica, vigilância e investigação. Incluem, ainda, a aplicação das leis para a condução sob o efeito do álcool e as medidas para combatê-la; a regulamentação da comercialização do álcool; a abordagem ao acesso, oferta e preço do álcool; o combate à produção ilegal e informal de bebidas alcoólicas; e o aumento da mobilização e destinação de recursos governamentais ou privados.

A estratégia da OMS define, ainda, como fundamental a realização de monitoramento e vigilância não apenas de governos, mas também de todas as formas de investigação, não apenas para avaliar a situação e monitorizar as tendências nacionais, mas também como forma de conscientização e avaliação do impacto das medidas políticas adotadas.

Consideramos que a solução desse grave problema exige a cooperação entre os diversos Poderes da República. Dado que a questão é de relevante e urgente interesse nacional, os parlamentares signatários desta proposta, cientes da complexidade do processo, esperam contribuir para a análise das causas e consequências do problema podendo alavancar importante avanço nas políticas públicas de combate ao alcoolismo e consequente melhoria de vida dos brasileiros.

Por esses motivos, solicitamos a instauração desta Comissão Parlamentar de Inquérito, uma vez que preenchidos os requisitos legais para sua existência válida e inexistente, até a presente data, 5 (cinco) comissões parlamentares em andamento nesta Casa de Leis a impedir sua imediata instalação.

Sala das Sessões, em de fevereiro de 2011.

Deputado Vanderlei Macris

## ATO DA PRESIDÊNCIA

Nos termos da alínea *m* do inciso I do art. 17, c/c o inciso II do art. 22, todos do Regimento Interno, esta Presidência decide constituir **Comissão Especial para efetuar estudo sobre as causas e consequências do consumo abusivo de álcool entre cidadãos brasileiros e, especialmente, as razões que determinam o aumento exponencial do consumo dessa substância nos últimos cinco anos, e**

### RESOLVE

I – designar para compô-la, na forma indicada pelas Lideranças, os Deputados constantes da relação anexa;

II – convocar os membros ora designados para a reunião de instalação e eleição, a realizar-se no dia 27 de abril, quarta-feira, às 14h30, no Plenário 07 do Anexo II.

Brasília, 26 de abril de 2011.

MARCO MAIA

Presidente da Câmara dos Deputados

Comissão Especial para efetuar estudo sobre as causas e consequências do consumo abusivo de álcool entre cidadãos brasileiros e, especialmente, as razões que determinam o aumento exponencial do consumo dessa substância nos últimos cinco anos.

**Presidente:** Geraldo Resende (PMDB/MS)

**1º Vice-Presidente:** Jesus Rodrigues (PT/PI)

**2º Vice-Presidente:** Mandetta (DEM/MS)

**3º Vice-Presidente:** Aline Corrêa (PP/SP)

**Relator:** Vanderlei Macris (PSDB/SP)

TITULARES	SUPLENTES
<b>PT</b>	
Jesus Rodrigues PT/PI	Domingos Dutra PT/MA
Paulo Pimenta PT/RS	Emiliano José PT/BA
Reginaldo Lopes PT/MG	Henrique Fontana PT/RS
1 vaga	1 vaga
<b>PMDB</b>	
Geraldo Resende PMDB/MS	Alberto Filho PMDB/MA
Leandro Vilela PMDB/GO	Darcísio Perondi PMDB/RS
Marllos Sampaio PMDB/PI	Solange Almeida PMDB/RJ
Nilda Gondim PMDB/PB	(Deputado do PSC ocupa a vaga)
<b>PSDB</b>	
Fernando Francischini PSDB/PR	Bruno Araújo PSDB/PE
Vanderlei Macris PSDB/SP	João Campos PSDB/GO
Vaz de Lima PSDB/SP	1 vaga
<b>PP</b>	
Aline Corrêa PP/SP	Afonso Hamm PP/RS
Toninho Pinheiro PP/MG	José Linhares PP/CE
<b>DEM</b>	
Mandetta DEM/MS	Efraim Filho DEM/PB
Professora Dorinha Seabra Rezende DEM/TO	
<b>PR</b>	
Paulo Freire PR/SP	Anthony Garotinho PR/RJ
Ronaldo Fonseca PR/DF	(Deputado do PTC ocupa a vaga)
<b>PSB</b>	
Givaldo Carimbão PSB/AL	Keiko Ota PSB/SP
Pastor Eurico PSB/PE	1 vaga
<b>PDT</b>	

Sueli Vidigal PDT/ES	1 vaga
<b>Bloco PV, PPS</b>	
Dr. Aluizio PV/RJ	Carmen Zanotto PPS/SC
<b>PTB</b>	
José Augusto Maia PTB/PE	1 vaga
<b>PSC</b>	
Marcelo Aguiar PSC/SP	Erivelton Santana PSC/BA vaga do PMDB
	Pastor Marco Feliciano PSC/SP
<b>PC do B</b>	
João Ananias PCdoB/CE	Chico Lopes PCdoB/CE
<b>PRTB</b>	
Aureo PRTB/RJ	Vinicius Gurgel PRTB/AP
<b>PRB</b>	
	Edivaldo Holanda Junior PTC/MA - vaga do PR

Suporte administrativo e técnico

- Secretária: Heloísa Pedrosa Diniz.
- Consultor Legislativo: Gustavo Silveira Machado.

### **III – ROTEIRO DE TRABALHO DA COMISSÃO**

1) As reuniões e as audiências públicas da Comissão foram realizadas sempre às terças-feiras, com início às 14h30. As audiências públicas externas foram realizadas às quintas-feiras.

2) As audiências públicas foram realizadas com a presença de interlocutores de instituições públicas, empresários, ONGs, grupos de apoio e da sociedade civil em geral, divididas em linhas de estudo:

- a) causas do aumento do consumo de bebidas alcoólicas;
- b) impacto na sociedade;
- c) comercialização;
- d) publicidade;
- e) consequências – violência contra a mulher, a criança e o idoso;
- f) consequências no trânsito;
- g) prevenção;
- h) tratamento.

3) Com o objetivo de conhecer experiências e realidades das diferentes regiões do país, realizaram-se audiências públicas em capitais representativas de cada região.

#### IV – CALENDÁRIO DAS REUNIÕES

3/5/2011	Discussão e aprovação do Plano de Trabalho
10/5/2011	Reunião de trabalho e aprovação de requerimentos
17/5/2011	Reunião Deliberativa Ordinária
24/5/2011	Reunião Deliberativa Ordinária
31/5/2011	Reunião Deliberativa Ordinária
7/6/2011	Audiência Pública
14/6/2011	Reunião Deliberativa Ordinária
28/6/2011	Reunião Deliberativa Ordinária
30/6/2011	Audiência Pública Externa – Mato Grosso do Sul
12/7/2011	Audiência Pública
9/8/2011	Reunião Deliberativa Ordinária
11/8/2011	Audiência Pública Externa – São Paulo
30/8/2011	Reunião Deliberativa Ordinária
20/9/2011	Audiência Pública
26/9/2011	Audiência Pública Externa – Ceará
27/9/2011	Reunião Deliberativa Ordinária
4/10/2011	Reunião Deliberativa Ordinária
18/10/2011	Reunião Deliberativa Ordinária
25/10/2011	Reunião Deliberativa Ordinária
7/12/2011	Audiência Pública

Obs.: Informações detalhadas sobre as reuniões da Comissão podem ser acessadas no endereço eletrônico <http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/54a-legislatura/bebidas-alcoolicas>.

## **V – RESUMO DOS DEPOIMENTOS REALIZADOS NA CÂMARA DOS DEPUTADOS (POR ORDEM CRONOLÓGICA DE OITIVA)**

Esse item apresenta a síntese dos depoimentos realizados em Brasília. Os depoimentos realizados nas visitas realizadas pelos membros da Comissão Especial a estados selecionados serão apresentadas no item IV deste relatório.

### **REUNIÃO DE 24/5/2011**

#### **DR. RONALDO LARANJEIRA - Professor da Universidade Federal de São Paulo e Coordenador do Dept<sup>o</sup> de Dependência Química da Associação Brasileira de Psiquiatria.**

O Brasil:

- em comparação com as outras nações, está em uma situação intermediária quando se avaliam os danos causados pelo tabaco e pelas drogas ilícitas, mas entre os mais prejudicados quanto aos danos causados pelo abuso de álcool;

- é o quarto mercado mundial para bebidas destiladas;

- segundo pesquisa realizada em 143 cidades, na população há 48% de abstêmios, 14% de bebedores infrequentes, 15% de bebedores menos frequentes, 15% de bebedores frequentes e 9% de bebedores frequentes pesados;

- 6% de todas as bebidas alcoólicas são consumidas por menores de 18 anos e 40% por jovens de 18 a 29 anos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), com base em experiências em outros países, recomenda:

- políticas direcionadas à disponibilidade: aumento do preço mediante taxaço;

- políticas direcionadas ao acesso físico do álcool: reduzir a densidade de pontos de venda; restringir horas e dias de venda; fiscalizar a idade mínima dos compradores; responsabilizar criminalmente vendedores que descumprirem a lei.

- focar em contextos sociais específicos (beber e dirigir): trabalhar na percepção do risco, na punição e no tratamento dos casos;

- implementar mudanças no “clima social” (restrições ou proibição da publicidade; campanhas na mídia; educação nas escolas; informações nos rótulos);
- fazer intervenções direcionadas ao indivíduo: cuidados primários de saúde (intervenções breves), organização de serviços especializados.
- Propõe-se também um sistema mais rigoroso de concessão de licenças para venda de bebidas.

**DR. VALDI CRAVEIRO BEZERRA - Representante da Sociedade Brasileira de Pediatria**

O II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005, evidenciou que o álcool é a droga mais difundida no país, tanto no tocante ao uso na vida quanto no tocante ao uso abusivo e dependência, inclusive entre os adolescentes. No entanto, a percepção do problema é menor do que com drogas ilegais.

- O consumo de álcool está associado a 29% das mortes de adolescentes, e causa mais mortes em adolescentes que o somatório de todas as outras drogas.
- Os acidentes automobilísticos fatais são duas vezes mais frequentes entre jovens de 16 a 20 anos do que entre maiores de 21.

Fatores associados com consumo e dependência em adolescentes:

- baixo nível socioeconômico;
- lares uniparentais;
- ausência de regras claras contrárias ao uso de álcool;
- uso de álcool pelos pais;
- uso de álcool pelos pares;
- antecedentes de alcoolismo na família.

A influência dos pais é mais determinante no consumo pesado de álcool do que o ambiente.

Transtorno de Conduta (TC) na infância é preditor para uso de álcool na adolescência.

Os transtornos mentais surgem na infância e precedem a adição a drogas.

Há relação positiva entre a propaganda e apreciação pela marca da bebida, a exposição e consumo de álcool.

A prevenção e o tratamento do alcoolismo em jovens dependem de:

- identificação e intervenção precoces (incluindo transtornos de temperamento considerados inócuos, como Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade [TDAH], TC, Transtorno Opositor Desafiador etc.);
- aplicar tratamento aos pais e responsáveis;
- impedir propagandas de substâncias nocivas à saúde e ao desenvolvimento biopsicossocial.

A atual estrutura do sistema de tratamento de doenças mentais baseado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) é ineficaz e mal orientada.

## **REUNIÃO DE 31/5/2011**

**DR. ROBERTO JOSÉ BITTENCOURT, Médico especialista em saúde pública e Professor da Universidade Católica de Brasília**

As linhas de ação a serem seguidas estão contidas no documento elaborado em 2007 pela OMS e pela OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) “Álcool e Saúde Pública nas Américas”.

Segundo o documento citado:

- os países americanos superam as estatísticas médias globais em consumo de álcool e nos problemas relacionados;
- o consumo excessivo episódico (cinco ou mais doses de bebidas com o equivalente a mais de 10 gramas de álcool puro) é o padrão de consumo dos jovens, e está relacionado a violência urbana, acidentes de carro, gravidez não desejada e doenças sexualmente transmitidas;
- o consumo de álcool nas Américas começa aos 10 anos, e é mais consumido que todas as drogas ilícitas reunidas;
- em 2002 estima-se que houve 69 mil mortes evitáveis em jovens de 15 a 29 anos.

O indivíduo que começa a consumir álcool na adolescência tem probabilidade quatro vezes maior de desenvolver dependência química.

Em pesquisa realizada com 800 estudantes de nível secundário em sete escolas privadas de SP 25% dos adolescentes relataram um caso de Consumo Excessivo Episódico nos 30 dias anteriores a pesquisa.

Há excessiva facilidade para menores adquirirem bebidas alcoólicas.

Pesquisa brasileira (2000) em 865 vítimas de acidentes de trânsito encontrou a presença de álcool em 61% da amostra, em 16,6%, a alcoolemia foi acima de 0,6g/L, o limite legal.

Segundo o IPEA, o custo econômico relacionado com as lesões por acidentes de trânsito em 2006 foi de US\$ 9,9 bilhões, dos quais cerca de 30% causados por consumo de bebidas alcólicas.

O álcool representa de 90 a 95% das admissões psiquiátricas relacionadas com uso de substâncias químicas.

O relatório da OMS/OPAS lista nove medidas para conter o consumo de álcool que mostraram evidências de impacto positivo:

- 1) Elevar a idade mínima para consumo legal.
- 2) Restringir a disponibilidade mediante controle da produção e venda.
- 3) Restringir a venda de bebidas alcólicas em determinados dias, horas e lugares.
- 4) Aumentar preços e impostos sobre as bebidas.
- 5) Melhorar a efetividade da fiscalização sobre a embriaguez ao volante.
- 6) Adotar ações proativas na atenção primária em saúde, utilizando inquéritos para identificar pacientes em risco.
- 7) Limitar a publicidade e o patrocínio de eventos.
- 8) Restringir o consumo de bebidas alcólicas em locais públicos
- 9) Fortalecer as ações nas famílias e comunidades, com foco no tratamento, prevenção e reabilitação dos pacientes em risco e os pacientes sabidamente dependentes químicos, e ampliar as ações de capacitação de recursos humanos sobre o tema.

**SR. WALTER COUTINHO, Consultor e especialista em dependência química.**

O alcoolismo não é fenômeno recente. É uma doença genética ainda não esclarecida, um problema de saúde e não de polícia. Ninguém é dependente porque quer.

O álcool é metabolizado pela enzima desidrogenase alcoólica, que é pouco ativa no propenso ao alcoolismo, gerando outras substâncias diferentes que estimulam o centro cerebral da recompensa.

Na população brasileira estima-se haver 12,3% de alcoólatras, cerca de 22 milhões, um problema que geraria um prejuízo da ordem de 7% do Produto Interno Bruto.

Para atender a esse universo, existem somente cento e oitenta e seis CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) no país. Porém os CAPS deveriam realizar o tratamento de desintoxicação e não o fazem. O alcoolista crônico que interrompe o consumo de álcool sofre intensa síndrome de abstinência, que necessita tratamento intensivo.

Mesmo após parar de beber, o alcoolista precisará ser acompanhado por toda a vida, o que o governo não tem condições de oferecer. Nos CAPS era previsto que a internação inicial de seis dias seria feita em parceria com os Alcoólicos Anônimos (AA), que após a desintoxicação continuariam o acompanhamento. Não foi feito. Nenhum tratamento de alcoolista sem o apoio do AA terá sucesso, e o custo para o Estado é zero.

Estudo realizado em Santa Catarina e no Espírito Santo revelou que 17% das recuperações de alcoólatras ocorridas foram feitas em clínicas e centros comunitários, contra 59% pelo AA e somente 14% pelo governo.

Há a questão da publicidade. Os produtores de cerveja estão entre os maiores anunciantes, e mesmo a frase “beba com moderação” encerra uma ordem para beber. E o alcoólatra não consegue beber com moderação.

A prevenção baseia-se na conscientização, que deve ocorrer desde tenra idade. Deveria haver nas escolas uma disciplina de cuidados com a saúde.

O Ministério da Saúde gastou, em 2010, 198 milhões de reais em publicidade, principalmente sobre a pandemia inexistente de gripe suína, mas negligencia a necessidade de conscientização sobre a doença alcoólica.

**DRA. PAULINA VIEIRA DUARTE, Diretora da Secretaria Nacional  
de Políticas sobre Drogas – SENAD**

Segundo dados da OMS, (Global status report on alcohol and health, 2011) o consumo de álcool sob a forma de bebida no Brasil o coloca em situação intermediária, sendo menor ou bem menor que na grande maioria das nações europeias. Além disso, nos anos estudados (2001 a 2005) o consumo no país manteve-se estável.

Na exposição apresentaram-se dados do I Levantamento Nacional Sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (2007), feito em 143 cidades, do I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras drogas entre Universitários das 27 capitais brasileiras e do VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental

e Médio da Rede Pública e Privada nas Capitais Brasileiras. As conclusões mais importantes para os trabalhos da Comissão foram:

- 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem pelo menos uma vez ao ano, sendo 65% dos homens e 41% das mulheres.

- Entre os adultos que bebem:

- 11% bebem todos os dias

- 28% consomem bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana

- Os jovens de 18 a 24 anos são os maiores bebedores

- Entre os universitários:

- 25% relataram pelo menos um episódio de *binge* (beber pesado) nos 30 dias anteriores à entrevista, e 36% nos últimos 12 meses.

- O uso abusivo de álcool é maior que entre a população geral, mas o risco de desenvolvimento de dependência é menor

- Estudantes do ensino fundamental e médio relataram uso (no ano): álcool, 42,4%; tabaco, 9,6%; solventes, 5,2%; maconha, 3,7%; cocaína, 1,8%; crack, 0,4%.

- Comparando os estudos realizados de 1987 a 2010 com estudantes entre 10 e 12 anos, verifica-se redução no uso na vida de drogas (16,3% para 7,7%) e marcadamente de álcool (57,9% para 22,1%).

- Na comparação entre 2004 e 2010, o uso no ano de álcool entre estudantes do ensino fundamental e médio decresceu de 63,3% para 41,1%.

- Pesquisa sobre consumo de álcool e outras drogas entre motoristas privados e profissionais do Brasil, feita em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em todas as capitais, num total de 3.398 entrevistas, resultou que:

- 80,3% dos condutores de automóveis bebem até uma vez por mês, e somente 2,7% quatro ou mais vezes por semana. Os números são semelhantes para ônibus, motocicletas e caminhões.

- 73% dos condutores de automóveis, 79% dos de motos, 71,4% dos de caminhões e 61,3% dos de ônibus relataram pelo menos um episódio de consumo de 5 ou mais doses nos 12 meses anteriores.

- 4,8% dos motoristas testaram positivamente para alcoolemia.

– Relataram haver dirigido após beber: 22,4% (automóveis), 21,3% (motos), 9,2% (caminhões), 6,0% (ônibus).

– Os números de vítimas de acidentes de trânsito nas vias federais associados ao consumo de álcool foram 498 em 2004, 653 em 2005, 1.032 em 2006, 1.909 em 2007.

– Desafios:

– Ampliar ações de prevenção (família, escola, comunidades, populações mais vulneráveis).

– Oferecer tratamento de qualidade e reinserção social.

– Ampliar Fiscalização e controle (venda de bebidas alcoólicas para menores, uso de álcool entre motoristas, presença de bares próximos a escolas e hospitais).

– Modernização Legislativa (PL 2.733/08: nova definição de bebidas alcoólicas: 0,5º GL; restrição de horário de propaganda das 21 às 6 h também para cerveja e vinho)

## **REUNIÃO DE 7/6/2011**

### **DR. ROBERTO TYKANORI KINOSHITA, Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde**

– As drogas lícitas fazem parte do contexto cultural, presentes em todas as camadas sociais. É importante diferenciar os padrões de consumo – experimentação, uso e abuso, inclusive para subsidiar modos mais criativos de intervenção com adolescentes.

– Pesquisa do VIGITEL feita de 2006 a 2010 aponta para estabilização do uso abusivo de álcool entre homens e um crescimento gradual entre mulheres.

– Segundo estudo da mortalidade por doença associado ao uso de álcool no Brasil de 2000 a 2006 – SVS/Saúde Brasil 2007:

– Taxa padronizada nacional passou de 10,70 óbitos por 100.000 habitantes em 2000 para 12,64 em 2006.

- Houve crescimento do percentual de mortes relacionadas ao álcool no sexo masculino.
  - Taxa padronizada nacional no sexo masculino cresceu de 19,40 óbitos/100 mil hab em 2000 para 22,86 em 2006.
  - Taxa padronizada nacional no sexo feminino foi em média 8 vezes menor.
  - Faixa etária dos 30 ao 59 anos apresentou maior proporção de óbitos.
  - Observou-se tendência de crescimento das taxas de mortalidade a partir de 40 anos.
  - Doenças do fígado respondem por 53,9% do total de óbitos causados por doença relacionadas ao álcool
  - Transtornos mentais são a causa básica de 41,1% dos óbitos causados por doença relacionadas ao álcool.
- Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar – PeNSE 2009, feita com adolescentes de 13 a 15 anos, estudantes do 9º ano em todas as capitais brasileiras, 71,4% experimentaram álcool, 24,2% tabaco e 8,7% drogas ilícitas; 27,3% consomem álcool contra 6,3% que consomem tabaco. Dos que consumiram álcool, 19,3% compraram no comércio.
- Políticas públicas sobre álcool:
    - Grupo de Trabalho Interministerial (2003), coordenado pelo MS: Discussão com diferentes setores governamentais e não-governamentais gerou conjunto de 53 recomendações que foram a base para a Política Nacional sobre o Álcool (2007)
    - Principais linhas de ação da PNA: restrição do acesso; ampliação do acesso ao tratamento no SUS; campanhas de informação e sensibilização; ações no binômio álcool e trânsito (Lei Seca); capacitação de profissionais da rede básica saúde e da segurança pública; regulamentação da propaganda de bebidas alcoólicas.
    - Eixos estratégicos para implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): 1 – ampliação do acesso à Rede de Atenção Integral de Saúde aos usuários de álcool, crack e outras drogas; 2 – qualificação da Rede de Atenção Integral de Saúde; 3 – ações Intersetoriais para reinserção social e reabilitação; 4 – ações de prevenção e de redução de danos; 5 – operacionalização da rede.
    - Dispositivos da RAPS:

1 - Componentes da rede de atenção Integral de saúde: Atenção básica (UBS, NASF, consultórios de rua); Urgência e emergência (SAMU, UPA); Enfermarias psiquiátricas/álcool e drogas em hospital geral; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Casas de Acolhimento Transitório (CAT); Equipes de apoio às CTs.

2 - Componentes suplementares: Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS); Centros de Referência em Assistência Social (CRAS); Comunidades Terapêuticas (CT).

- Ações para qualificação da rede de atenção:
- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde
- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PeT/Saúde Mental)
- Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – PRO-RESIDÊNCIA
- Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS
- Programa Telessaúde-Brasil
- Centros Regionais de Referência para formação permanente dos profissionais
- Escola de Supervisores Clínicos-Institucionais
- Escola de Redução de Danos
- Ações Intersetoriais para Reinserção social, conjuntas com MDS, MT, Minc, Esportes: Moradia Social; geração de trabalho e renda/cooperativismo social.
- Linhas de ação possíveis: restringir áreas de consumo; processo criminal para quem vende bebida para menores de idade; proibição de propaganda de bebida ou maior restrição; maiores punições para direção perigosa; estabelecimento de indenização para causador de acidentes sobre efeito de álcool.

**DRA. ANA CECÍLIA ROSELLI MARQUES, Médica Psiquiatra e pesquisadora da Unidade de Álcool e Drogas (UNIAD) da Universidade Federal de São Paulo**

- Políticas para o Álcool e outras Drogas devem promover um balanço entre a **redução da oferta** (produção e suprimento), mediante leis, normas e

fiscalização e a **redução da demanda** (prevenção e tratamento), agindo nos comportamentos de risco e no controle social.

– Abordagem Ecológica do Ser Humano: o Indivíduo e o contexto; comportamentos de risco; demanda e suprimento de cada droga; epidemiologia e outros indicadores.

– Estratégias populares, mas inefetivas:

– Educação sobre drogas nas escolas

– Poucas campanhas nacionais sobre beber e dirigir

– Pouca informação sobre outros danos

– Motoristas designados e serviços de transporte para pessoas embriagadas em festas promovidas/patrocinadas pela indústria

– Códigos definidos pela indústria, como por exemplo, as práticas a serem assumidas nos bares, ou mensagens junto às propagandas

– Medidas que foram efetivas em reduzir danos:

– Aumento do preço

– Taxação sobre o produto/licenças para venda

– Fechamento de bares mais cedo: experiências de sucesso em Diadema e Paulínia (SP) com redução da mortalidade e da violência em 50%, sem aumento da violência doméstica

– Check points com bafômetro

– Banimento da propaganda

– Aumento da idade mínima para compra

– Restrição da densidade dos pontos de venda

– Treinamento de garçons

– Alcoolemia mais baixa ou zero

– Sistema gradual de obtenção da carteira de motorista para novatos e suspensão efetiva da carteira

– Pressupostos da política assistencial:

– A dependência de drogas é uma doença crônica, recorrente e complexa, que atinge o indivíduo como um todo, mas é tratável.

– Como a dependência é uma síndrome produzida por determinantes biológicos e psicossociais, e assim deve ser o tratamento, intervindo em todos os determinantes necessários para a estabilização da doença.

- Não existe tratamento único e sim, um projeto terapêutico individualizado, fundamentado nas melhores práticas, comprovadas cientificamente.
- O tratamento deve ser aplicada por uma equipe multidisciplinar.
- Na fase inicial do tratamento o indivíduo precisa ser submetido a um processo de desintoxicação, a fim de que seja elucidado seu diagnóstico e seja planejado o seu projeto terapêutico.
- A dependência de drogas cursa com outras morbidades: em média, 50% dos dependentes apresentam transtornos mentais e de comportamento, e 60% apresentam complicações clínicas. Todas devem ser tratadas.
- A família do dependente precisa de tratamento concomitante.
- A cognição do dependente está modificada pela doença e portanto, a entrevista motivacional precisa ser aplicada continuamente ao longo de todo o tratamento.
- A abstinência é a meta desejável e aquela que produz um melhor desfecho.
- A “fissura” é um dos sintomas que mais dificultam a manutenção da meta e, portanto, deve ser o alvo desde o início do tratamento.
- O tratamento é composto por uma fase de desintoxicação, outra de aquisição e a seguir, aplica-se a de manutenção e de seguimento, todas de igual importância.
- A intervenção comportamental é aquela que produz os melhores resultados, principalmente se associada à farmacoterapia.
- O tratamento não precisa ser voluntário para ser efetivo.
- 95% dos dependentes podem ser tratados em regime ambulatorial, com bom desfecho se o tratamento disponível for baseado em evidências científicas.
- O dependente tem direito à saúde com qualidade, o que significa a assistência disponível.
- O tratamento da dependência, como de qualquer doença crônica, deve ser prioridade de todos os governos.
- O tratamento deve atingir as populações especiais com igualdade, universalidade, integralidade e inclusão das especificidades necessárias para a obtenção de bons resultados.
- O direito à saúde com qualidade deve ser informado para a comunidade.
- A assistência é uma responsabilidade do Estado e de suas instituições, cujas ações devem respeitar o SUS e a rede.

– A atenção primária deve realizar a triagem, intervir e monitorar diante de casos de uso frequente, problemático, pesado e de abuso, assim como encaminhar para tratamento especializado os usuários com risco de dependência.

– A atenção secundária deve assistir de forma especializada os casos de dependência, aplicando as melhores práticas disponíveis, aquelas baseadas em evidências científicas, e avaliando o resultado.

– A atenção terciária deve disponibilizar recursos de alta complexidade para um transtorno complexo.

– A realidade atual:

– O Ministério da Saúde criou em 2002 os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) e os colocou em posição central na assistência para AD.

– Em 2004, criou-se comitê de especialistas para elaborar uma Política para o Álcool.

– Avaliação feita dos CAPS pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (disponível no endereço eletrônico [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/avaliacao\\_dos\\_centros\\_atencao\\_psicossocial\\_caps\\_estado\\_sao\\_paulo\\_2010.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/avaliacao_dos_centros_atencao_psicossocial_caps_estado_sao_paulo_2010.pdf)) concluiu que o modelo baseado em CAPS sofre de diversos problemas, sendo claramente irresolutivo.

– Experimentos piloto no estado de São Paulo criaram modelo de Ambulatórios de Especialidades Médicas aplicado à Psiquiatria, com participação dos Departamentos de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCM Santa Casa), Universidade de Santo Amaro (UNISA), Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) e MPESP.

– Objetivos:

– Otimizar o atendimento a pacientes com transtornos mentais graves recém-saídos de internação.

– Complementar e fortalecer o atual sistema de atendimento em saúde mental (CAPS).

– Oferecer referência de atendimento para pacientes com transtornos mentais atendidos em UBS, CAPS, NASF e Ceccos.

– Manter intercâmbio técnico com os Departamentos de Psiquiatria das universidades paulistanas.

**DR. PAULO DE ABREU LEME, Médico e escritor**

– Consumo de álcool é diferente da doença do alcoolismo, que é uma enfermidade primária, crônica, ligada à hereditariedade e progressiva (sem retorno).

– A doença do alcoolismo atinge 10 a 12% da população, e é causa de, entre outros, acidentes de trabalho, acidentes de trânsito, internações hospitalares e invalidez.

– Portadores de doença do alcoolismo (DA) metabolizam o álcool incompletamente, devido à ausência da enzima desidrogenase do aldeído acético (E2); como consequência, há ativação do sistema reticular ascendente e perda da realidade externa.

– A DA compreende o indivíduo, o álcool e a predisposição orgânica, e se instala em fases: 1) fase de tolerância; 2) fase de adaptação celular; 3) fase de dependência.

– O tratamento da DA deve incluir: abordagem; desintoxicação; desabituação; informação; recuperação.

– O futuro da prevenção e tratamento da DA depende de melhor informação para combater o preconceito existente, o que necessita de programas de esclarecimentos e fontes de recursos financeiros, obtíveis por meio de taxação das companhias que obtêm lucro com a venda do álcool.

**DRA. MARIA LUCI PORTO, representante da Associação Alcoólicos Anônimos**

O AA originou-se em um encontro entre um corretor de valores e um médico, em 10 de junho 1935, e hoje está em 175 países, com 60.000 grupos em funcionamento. No Brasil, atua há 64 anos, e em Brasília 44 anos. Não se cobra taxa, não há influência política nem religiosa. Baseia-se na compreensão e apoio mútuos, na convicção de que o indivíduo é capaz de recuperar-se, e utiliza um processo de 12 passos, 12 princípios, 12 tradições e 12 conceitos.

## REUNIÃO DE 14/6/2011

### **DR. JUBERTY ANTÔNIO DE SOUZA, Médico Psiquiatra e professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul**

– A população indígena no Brasil era em 1500 de 4.000.000 pessoas; em 1970 de 100.000 pessoas e em 2000 de 700.000 pessoas.

– Doença é a interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por no mínimo dois dos seguintes critérios: 1) agente etiológico reconhecido; 2) grupo identificável de sinais ou sintomas; 3) alterações anatômicas ou psicopatológicas.

– Entre as doenças que afetaram os povos indígenas e contribuíram para a redução de sua população estão gripe, sarampo, caxumba, infecções respiratórias secundárias, treponematoses, tuberculose, infestações e o alcoolismo.

– Há entre os indígenas uma percepção de que há “doenças de índio”, que devem ser tratadas com “remédio de índio” em conformidade com sua medicina tradicional, incluindo rituais e recursos vegetais e animais, e “doenças de não índio” (branco), a serem tratadas com “remédio de branco”, os recursos da biomedicina.

– A compreensão do adoecimento:

– Causalidade: ligação com as divindades; desobediência ou obediência às normas; feitiçarias; ataques de espíritos humanos; invasão de corpos por elementos externos.

– Significado: castigo; prova; rito de passagem.

– A compreensão do tratamento:

– No xamanismo (medicina tradicional) o sucesso significa reconhecimento; o fracasso significa castigo (morte).

– A biomedicina é de difícil aceitação, mesmo para as etnias com muito tempo de contato

– O alcoolismo encontra-se em todas as etnias conhecidas.

– É considerada uma “doença de branco”.

– Cerveja e vinho não são consideradas bebidas alcoólicas.

– Perspectivas:

- Acesso a informação de boa qualidade e de forma adequada
- Não imposição da biomedicina *a priori*
- Preparação dos profissionais que atuam na área
- Criação de carreira para os médicos que atuam especificamente nesta área.

– Diretrizes:

- Considerar o alcoolismo como doença crônica
- Identificar quadros agudos que necessitem de intervenção imediata
- Proposição de ações de aspecto imediato
- Proposição de ações de evolução progressiva e gradativa
- Educação continuada
- Ações que preservem a identidade
- Tratamento da doença crônica:
- Estar sempre disposto a recomeçar
- Estimular mesmo as pequenas vitórias
- Reconhecer as iniciativas culturais (busca e estudo da medicina tradicional, ressignificação, estimular a convivência com as diferenças)
- Estimular sempre
- Respeitar os aspectos religiosos
- Tanto quanto possível usar o esporte
- Não ignorar as comorbidades
- Quadros agudos: embriaguez; embriaguez patológica; síndrome de abstinência; paranoia alcoólica; *delirium tremens*

**DRA. FABIANE VICK, Psicóloga responsável técnica da Saúde Mental Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul**

Exposição sobre a situação da saúde mental nas aldeias do Estado de Mato Grosso do Sul (MS).

– O MS tem a 2ª maior população indígena do país: 70.000 indígenas, distribuídos entre 8 etnias, 6 línguas, 75 aldeias, 15 Pólos-Base e 37 EMSI (Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena).

– Entre os índios, 25% dos óbitos gerais se dão por causas externas (suicídio, homicídio, violência, alcoolismo, drogas)

– Segundo a Comissão Permanente de Investigação e Fiscalização das Condições de Trabalho de Mato Grosso do Sul (CPIFCT-MS), até o final do ano de 2012, cerca de 8.000 indígenas estarão desempregados devido a mecanização nas usinas sucro-alcooleiras do Estado do MS.

– Rituais e festas indígenas utilizavam bebidas resultantes da fermentação de milho ou mandioca, com baixo teor alcoólico. Hoje o consumo dessas bebidas foi substituído pelo de aguardente.

– Registra-se também consumo crescente de maconha, cocaína, heroína, pasta base, cola de sapateiro e crack.

–Taxa de Mortalidade Específica por suicídio:

Brasil – 4,7/100.000 (2007)

MS – 8,1/100.000 (2007)

DSEI/MS – 64,44/100.000 (2010)

–Taxa de Mortalidade Específica por homicídio:

Brasil – 25,5/100.000 (2007)

MS – 30,5/100.000 (2007)

DSEI/MS – 55,12/100.000 (2010)

– Houve 221 episódios notificados de violência de maio a dezembro de 2010, 185 de natureza física e 36 de natureza sexual. 83% dos agressores estavam sob efeito de bebida alcoólica e 13% sob efeito de outras drogas.

–Atividades comunitárias com vistas a prevenção/promoção/intervenção/redução de danos (grupos, palestras, oficinas, rodas de conversa) totalizam uma média anual de 4.700 participantes;

atendimentos Individuais (aconselhamentos, acompanhamentos e orientações psicossociais) totalizam uma média anual de 4.800 intervenções breves.

– Os problemas relacionados à saúde mental na população indígena de Mato Grosso do Sul, vêm aumentando de forma significativa.

– As ações realizadas pelas EMSI (atenção básica) não são suficientes.

– Existe uma grande influência dos determinantes sociais na saúde; há extrema necessidade de maior investimento de ações voltadas para a segurança pública e policiamento dentro das aldeias, educação, alimentação, habitação, emprego e geração de renda, esporte, cultura e lazer, além de projetos que visam melhoria na qualidade e perspectiva de vida dos indígenas, bem como, de respostas de outras políticas públicas voltadas para essa população.

– É necessária intensificação das ações da Fundação Nacional do Índio (Funai), Ministério Público e órgãos da Segurança Pública frente a questão de álcool e drogas, além de incentivar as organizações indígenas e as lideranças a adotarem medidas para minimizar a entrada e o consumo de bebidas alcoólicas e drogas nas comunidades.

– Deve-se também estreitar parcerias e vínculos com a rede hospitalar, a rede de atenção especializada dos municípios e serviços de saúde para referências.

**DR. PAULO EUGÊNIO CLEMENTE – Antropólogo, da  
Coordenação Geral de Promoção dos Direitos Sociais da  
Diretoria de Promoção ao Desenvolvimento Sustentável -  
representando o Presidente da FUNAI**

– São pelo menos 230 povos indígenas e 180 dialetos, sem contar populações isoladas, que a Funai busca proteger de contato de acordo com sua vontade.

– Qualidade de índio passa pelo auto-reconhecimento e pelo reconhecimento do povo de origem.

– novo Estatuto do Índio em discussão.

– Índios não necessariamente vivem em terras indígenas.

– No Censo de 2010, 817.000 pessoas declararam-se índios.

– Funai trabalha com 4 conceitos: promoção da diferença como fator positivo; proteção aos direitos; gestão compartilhada da política indigenista; territorialidade.

– Não há relato de problemas com as bebidas alcoólicas tradicionais fermentadas de mandioca ou milho, usadas em rituais e reguladas por normas sociais.

– Uso incontrolado de bebidas destiladas relacionado com sérias consequências sociais.

– Questão multifatorial com causas coletivas antes que individuais: insegurança fundiária, presença de estranhos, vulnerabilidade

– Necessidade de reforçar a parceria entre Funai e Sesai.

– Venda de álcool em terras indígenas é ilícita.

– Dificuldade de fiscalização devido ao grande número e extensão das terras indígenas.

– Diagnóstico e tratamento devem passar por atuação também dos próprios indígenas.

**DRA. KARINA PARANHOS, Responsável pelo programa de saúde mental do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena do Alto Solimões**

– O DSEI do Alto Solimões iniciou em maio de 2009 a implantação oficial das ações de Saúde Mental conforme as Diretrizes em Saúde Mental Indígena da Portaria nº. 2.759 de 25 de outubro de 2007.

– As ações desenvolvidas incluem:

– Orientação / Aconselhamento Ambulatorial

– Orientação / Aconselhamento Domiciliar

– Orientação / Aconselhamento Hospitalar

– Orientação / Aconselhamento Casai (Casa do Índio)

– Avaliação psicológica

– Triagem social

– Encaminhamentos,

- Atividades Comunitárias (grupos, oficinas, rodas de conversa, educação em saúde etc.)
- Outras atividades (reuniões, visitas Institucionais, cursos, palestras, comemorações, estudo de casos, entre outros)
- Objetivos:
  - Geral: desenvolver ações de promoção, prevenção e redução de danos em saúde mental indígena.
  - Específicos: realizar treinamento com as EMSI, implementar vigilância epidemiológica
- Resultados:
  - 50 % dos Pólos-base treinados;
  - Interesse da comunidade pelo assunto X Falta de envolvimento na realização das ações;
  - Divisão de grupos de trabalho na comunidade (adolescentes, EMSI, lideranças/comunidade, pais, escola, igreja, SPI) ;
  - Realização do I Seminário em Saúde Mental Indígena, com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF);
  - Inserção de ações de prevenção do álcool e drogas como rotina de trabalho da equipe;
  - Formação do Comitê Binacional Brasil x Colômbia em Saúde Mental Indígena;

## **REUNIÃO DE 28/6/2011**

### **DR. ORLANDO MOREIRA DA SILVA, Diretor do Departamento Nacional de Trânsito – DENATRAN**

- Frota brasileira cresce rapidamente, tendo passado os 64 milhões de unidades em dez/2010, com mais de 54 milhões de condutores habilitados.
- Brasil é o 5º país em número de acidentes. Em 2008, houve 39.000 óbitos e 619.000 vítimas não fatais.

- Segundo MPS, despesas anuais de R\$3.790.000.000 com pagamentos de benefícios decorrentes de acidentes em 2010.
- 145.920 internações pelo SUS em 2010 com custo de aprox. R\$187.000.000.
- Homens são 78,3% das vítimas de trânsito.
- Maioria das vítimas de trânsito entre 15 e 59 anos, 47% na região Sudeste (SE).
- Dos 39.000 óbitos ocorridos em 2008, quase 9.000 estavam em motocicletas.
- Segundo pesquisa da UFRJ, 66% dos acidentes ocorrem por falha humana, 65% em tempo bom, 54% de dia e 72% em retas.
- O Código de trânsito brasileiro é excelente, tendo contribuído para queda consistente dos acidentes.
- Lei 11.705 estabeleceu alcoolemia zero e impôs penalidades mais severas. Após queda imediata no número de acidentes, houve retorno ao quadro anterior.
- Em 11/5/2011 o Ministério da Saúde e o Ministério das Cidades lançaram pacto pela redução de acidentes de trânsito – para os próximos 10 anos – década do trânsito, nos moldes prescritos pela OMS, Está em fase de detalhamento para ser apresentado na Semana Nacional do Trânsito. Baseia-se em 5 pilares: fiscalização, educação, saúde, infraestrutura e veículo.
- A Organização das Nações Unidas (ONU) fixou como meta reduzir acidentes e mortes em 50% em dez anos.
- Prega-se a criação de Observatório de Trânsito para reunir todos os dados e informações e poder dispor de estatísticas confiáveis.
- As informações sobre álcool no trânsito não são plenamente confiáveis.
- Fundo Nacional de Segurança e Educação para o Trânsito dispõe de muitos recursos para investimento em campanhas.

**DR. MAURO AUGUSTO RIBEIRO, Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Tráfego – ABRAMET**

– O álcool é isoladamente o principal fator de risco à saúde pública, com uma multiplicidade de efeitos sobre a fisiologia humana.

– A intoxicação alcoólica é um estado de incapacidade funcional sensitiva, motora e mental com durabilidade variável, dependente da presença de álcool no sangue, que está presente mesmo em baixas concentrações de álcool no sangue (CAS); há variações de efeito em relação à dose até no mesmo indivíduo.

– Efeitos farmacológicos do álcool mesmo em baixas concentrações já aumentam o risco de acidentes:

– visão: menor acuidade, campo e visão funcional;

– reflexos mais lentos;

– discernimento e cognição afetados;

– desinibição: comportamentos de risco e menor autocontrole, maior agressividade;

– maior labilidade emocional, afetividade;

– menor capacidade de avaliação e tolerância;

– menor habilidade para resolver problemas;

– reduz consciência, vigilância e atenção.

– Na população: 40% de abstêmios, 35% de bebedores de baixo risco, 20% de bebedores de alto risco e 5% de prováveis dependentes.

– Condutores com CAS > 0 tem maior risco que CAS = 0; condutores de 20 a 29 anos maior risco que de 30 ou + com qualquer CAS; adolescentes com CAS 0,3 g/l + dois passageiros risco 34 x maior que condutores acima de 30 anos; 29,7% de álcool positivos >0,6g/l tem sinais óbvios de embriaguez.

– Mesmo com CAS baixa, de 2 dg/l, há:

– falso senso de confiança (perigo);

– desinibição (comportamento);

– diminuição da visão periférica;

– diminuição da visão noturna –25%;

- comprometimento da noção de distância de velocidade e movimento;
- alteração leve da coordenação atenção e capacidade de reação.
- A presença de álcool na vítima de acidente:
  - dificulta o diagnóstico;
  - predispõe a lesões mais graves;
  - impede verbalização de dor;
  - agrava doenças crônicas;
  - provoca reincidência frequente;
  - provoca complicações que dificultam a recuperação;
  - provoca Interações medicamentosas, inclusive com anestésicos.
- Grupo de risco para alcoolismo:
  - sexo masculino;
  - jovem de 18 a 24 anos;
  - baixa classe social;
  - solteiros ou divorciados;
  - baixa qualificação profissional;
  - baixa escolaridade;
  - baixa autoestima.
- O hábito de beber é parte da cultura do jovem ocidental; o consumo cresce na faixa de 12 a 15 anos.
- Baixa idade de início é fator preditivo de problemas relacionados ao uso álcool em adulto.
- O efeito do álcool é mais intenso no jovem (visão).
- Os adolescentes tendem a fazer uso de álcool de forma pesada (binge drinking): 4 doses ou mais (sexo feminino), 5 doses ou mais (sexo masculino)
- São estímulos ao consumo: baixo controle social, baixa fiscalização na via pública, baixos preços, alta disponibilidade (postos de gasolina)
- Propõe-se o uso sinérgico das medidas integrantes do arsenal da Saúde no Trânsito:

- controle ambiental (comercialização- idade, horário, locais, impostos, publicidade, outros);
- controle da CAS (fiscalização da sobriedade, punições e outros);
- políticas de educação e tratamento.
- INTERVENÇÕES BREVES:
  - ferramenta preconizada pela OMS (30anos);
  - uso problemático do álcool;
  - tratamento direto e indireto;
  - ideal em ocasiões preventivas;
  - populacional rápida barata;
  - redução mudança de padrão;
  - individualizada pós triagem.
- No controle da CAS, as punições severas podem ser contraproducentes; punições mais rápidas reduziram 26% das mortes nos EUA.

**DRA. VILANY MENDES FELIX, Major Médica do Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar, representando o Comandante Geral do Corpo de Bombeiros do DF**

- Trauma é principal causa de morte a partir de 6 meses de idade.
- Alcoolismo envolvido em todos os tipos de acidentes.
- Segundo dados das áreas de segurança do GDF, três anos após a “Lei seca” os números são semelhantes aos de antes de sua publicação.
- Acidentes de trânsito são previsíveis no tempo e na situação geográfica.
  - A proporção de pessoas alcoolizadas em vítimas fatais de acidentes de trânsito é alta tanto entre condutores quanto entre passageiros e pedestres.
  - Venda de bebidas alcoólicas em postos de combustíveis é fator importante de agravamento da segurança no trânsito.
  - Além das instâncias estatais, é necessário que toda a sociedade comprometa-se com o combate ao alcoolismo, que deve ser considerado enfermidade de notificação compulsória.

– Rachas de rua devem ser combatidos com vigor, bem como o excesso de velocidade em qualquer lugar, o que é uma medida comprovadamente eficaz.

– O trabalho dos socorristas, como o Corpo de Bombeiros, depende de forma crucial do deslocamento até o local do acidente e de ali até os hospitais; para tanto, sugere-se a criação de faixa preferencial para circulação dos veículos de emergência.

– Devido à superlotação dos hospitais, é frequente que as macas das ambulâncias sejam retidas por períodos prolongados, impedindo a realização de novos atendimentos.

### **REUNIÃO DE 12/7/2011**

#### **SR. GILBERTO LEIFERT, Presidente do Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária – CONAR**

– O alcoolismo é causado por múltiplos fatores.

– Não há estudo que comprove relação direta entre publicidade e alcoolismo.

– A OMS não reconhece a existência de nexo de causalidade entre o fator publicidade e o alcoolismo.

– No último “Global Status Report on Alcohol and Health” (GRAH, 2011) consta que o alcoolismo é ainda mais grave em comunidades isoladas, onde não há publicidade.

– Nenhuma das estratégias da OMS para a redução do alcoolismo aponta para o banimento da publicidade (GS, 2010).

– Os mais recentes dados oficiais (GRAH, 2011), indicam que o consumo aumentou nos países que proibiram a publicidade. (Cuba, Noruega, Finlândia, Macedônia, Albânia, Armênia, Azerbaijão, Chipre, Estônia, Cazaquistão, Lituânia, Polônia, Eslovênia, Uzbequistão etc.).

– O mesmo relatório da O.M.S. aponta consumo estável nos países que não restringem a publicidade. (Chile, Rep. Dominicana, El Salvador, Guatemala, Guiana, Jamaica, EUA, Uruguai, África do Sul) e que convivem com o merchandising (Canadá, Colômbia, Costa Rica, Nicarágua, Bélgica, Paraguai, Espanha, Irlanda etc.).

– 83 PLs propõem restrições à publicidade ou seu banimento; apenas 2 a criminalização da venda a menores de idade.

– Apesar de proibir a venda a crianças e adolescentes (art. 81), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) não prevê multa, detenção nem reclusão.

– Segundo jurisprudência do STJ, vender bebidas a menores é mera contravenção penal (pena: prisão simples ou multa).

– O CONAR exerce rigorosa fiscalização. No período abr/2008-jul/2011 foram sustados 27 anúncios/campanhas de bebidas alcoólicas e alterados 184.

– As regras são claras:

– ninguém pode aparecer bebendo nos anúncios da categoria;

– os modelos publicitários devem ser e aparentar ser maiores de 25 anos;

– não são utilizados bichinhos, animais humanizados, elementos do universo infantil;

– as frases de advertência criadas pelo CONAR aparecem em todos os anúncios da categoria;

– o planejamento de mídia deve respeitar crianças e adolescentes.

– Não é apenas no Brasil que as marcas de bebidas patrocinam eventos esportivos: a Copa do Mundo da FIFA (210 países), a Liga dos Campeões da Uefa (53 países), os Jogos Olímpicos de Londres-2012, os campeonato de futebol americano e as provas de Fórmula 1 são todos patrocinados por essas empresas.

– Jovens bebem para se identificar com suas “tribos” e para serem por elas aceitos, e bebem porque suas famílias bebem.

– O Bolsa Família não veda a compra de bebidas.

– O menor de idade bebe porque existe impunidade para quem infringe a proibição de venda/consumo, ao contrário do que ocorre nos EUA (que não restringem publicidade de bebidas).

– As estatísticas não indicam que os acidentes fatais, em geral, envolvam mais jovens do que as demais faixas etárias, salvo no caso das

motocicletas (Fonte: “Mapa da Violência abril 2011: Os Jovens do Brasil”, Inst.Sangari e Ministério da Justiça).

– O GRAH 2011/OMS aponta países que não restringem a publicidade de bebidas e registraram queda nos acidentes de trânsito: Canadá, Chile, Guatemala, Costa Rica e El Salvador. No mesmo relatório, a OMS indica países que restringem a publicidade, mas cujos acidentes aumentaram: Cuba, Equador e México. Os EUA atribuem a redução dos acidentes às medidas de controle da venda de bebidas e de segurança nos veículos.

– A Abramet (2008) não inclui o fator publicidade como medida capaz de reduzir os acidentes.

– O “Mapa da Violência no Brasil” (Ministério da Justiça, 2011) assume que não existem dados confiáveis sobre acidentes de trânsito. Dados do Denatran, SUS e DPVAT são completamente diversos e inconclusivos.

– A Abramet aponta o sono de motoristas como causa de 50% dos acidentes em rodovias federais. Os óbitos no Brasil teriam diminuído no período 1998-2008, não fossem os acidentes envolvendo motocicletas (aumento de 754%).

– A Exposição de Motivos da Política Nacional do Álcool (Dec. 6.117/2007) alude a uma pesquisa inexistente.

– Segundo dados da Polícia Rodoviária Federal relativos a acidentes de 2007, morre-se mais de falta de atenção, excesso de velocidade, desobediência à sinalização e ultrapassagem indevida do que por ingestão de bebidas alcoólicas.

– Para a OMS (Global Status Report on Alcohol and Health 2011), o consumo no Brasil está estável desde o ano 2000, com uma ligeira queda nos últimos anos.

**Srs. RENAN LELIS GOMES e VALMIR PUERTAS RODRIGUES,  
representantes do Grupo Musical Inquérito**

Os convidados exibiram vídeo musical realizado pelo grupo, com canção tema contendo mensagem contrária ao uso de bebidas alcoólicas.

## REUNIÃO DE 17/8/2011

### **Sr<sup>a</sup> MARIA DE LOURDES MAGALHÃES - Conselheira Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda)**

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, realizada em 2009, com alunos de 8<sup>a</sup> série/9<sup>o</sup> ano das escolas públicas (federais, estaduais e municipais) e das particulares, selecionadas nas 26 capitais e no Distrito Federal:

- N<sup>o</sup> de escolas - 1.453
- N<sup>o</sup> de turmas - 2.175
- N<sup>o</sup> de alunos - 63.411
- Foram sorteadas no máximo duas turmas por escola
- Álcool e outras drogas:
  - 71,4% dos escolares experimentaram bebida alcoólica;
  - 27,3% consumiram pelo menos 1 vez nos 30 dias anteriores à pesquisa;
  - 22,1% dos escolares já se embriagaram;
  - 36,6% adquiriram bebida alcoólica em festas;
  - 93,8% declararam que a família se importaria muito;
  - 8,7% experimentaram drogas ilícitas (em Curitiba, 13,2%; em Recife, 11%)
- O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) é um órgão permanente (Lei nº 8.242/91), composto de forma paritária governo e sociedade (14 ministérios e secretarias de governo e igual número de organizações representativas da sociedade civil).
- A Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente (SNPDCA) da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República foi criada para assessorar o Presidente da República nas questões relativas às políticas e diretrizes voltadas à promoção dos direitos de crianças e adolescentes.
- Existe um GTI – Grupo de Trabalho Interministerial – para formulação de proposta de diretrizes para a elaboração da Política do Plano

Decenal dos direitos de Crianças e Adolescentes (Portaria nº 1, de 17 de junho de 2010).

– Eixos, Diretrizes e Objetivos Estratégicos que visam o fortalecimento do Sistema de Garantia de Direitos (SGD):

– Eixo 1- Promoção dos direitos de crianças e adolescentes

– Diretriz 01 – Promoção da cultura do respeito e da garantia dos direitos humanos de crianças e adolescentes no âmbito da família, da sociedade e do Estado, considerada as pessoas com deficiência e as diversidades de gênero, orientação sexual, cultural, ético-racial, religiosa, geracional, territorial, de nacionalidade e de opção política.

– Diretriz 02 – Universalização do acesso a políticas públicas de qualidade que garantam os direitos humanos de crianças, adolescentes e suas famílias e contemple a superação das desigualdades, afirmação da diversidade com promoção da equidade e inclusão social.

– Eixo 2- Proteção e Defesa dos Direitos

– Diretriz 03 - Proteção especial a crianças e adolescentes com seus direitos ameaçados ou violados, considerando as condições de pessoas com deficiência e as diversidades de gênero, orientação sexual, cultural e étnico-racial, religiosa, geracional, territorial, de nacionalidade e de opção política.

– Diretriz 04 - Universalização e fortalecimento dos conselhos tutelares, objetivando a sua atuação qualificada.

– Diretriz 05 - Universalização, em igualdade de condições, do acesso de crianças e adolescentes aos sistemas de justiça e segurança pública para a efetivação dos seus direitos.

– Eixo 3- Protagonismo e Participação de Crianças e Adolescentes

– Diretriz 06 – Fomento de estratégias e mecanismos que facilitem a expressão livre de crianças e adolescentes sobre os assuntos a eles relacionados e sua participação organizada, considerando sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento.

– Eixo 4- Controle e Efetivação Dos Direitos

– Diretriz 07 – Fortalecimento de espaços democráticos de participação e controle social, priorizando os conselhos de direitos da criança e do adolescente e assegurando seu caráter paritário, deliberativo, controlador e a natureza vinculante de suas decisões.

– Diretriz 08 - Fomento e aprimoramento de estratégias de gestão da Política Nacional de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes (PNDHCA) fundamentadas nos princípios da indivisibilidade dos direitos, descentralização, intersetorialidade, participação, continuidade e corresponsabilidade dos três níveis de governo.

– Eixo 5- Gestão Política

– Diretriz 09 – Efetivação da prioridade absoluta no ciclo e na execução orçamentária das três esferas de governo para a PNDHCA, garantindo que não haja cortes orçamentários.

– Diretriz 10 – Qualificação de profissionais para atuarem na rede de promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes com especial atenção para a formação continuada.

– Diretriz 11 – Implementação de monitoramento gerencial do Plano Decenal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e do seu respectivo orçamento.

– Diretriz 12 – Produção de conhecimentos sobre a infância e a adolescência, aplicada ao processo de formulação de políticas públicas.

– Diretriz 13 – Cooperação internacional e relações multilaterais para implementação das normativas e acordos internacionais de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente.

– Experiência do Conselho Tutelar de São Paulo-SP.

– Bebidas alcoólicas são consideradas o primeiro passo para outras drogas.

– Busca-se fortalecimento e capacitação dos conselhos tutelares; atualmente há 15 escolas de conselhos e a meta é haver escolas em todas as UF; governo federal recentemente entregou 866 computadores aos conselhos; já há conselhos tutelares em 98% dos municípios brasileiros.

– Formação específica em relação ao problema de álcool e drogas.

**REUNIÃO DE 20/9/2011****Sra. REGINA MARIA FILOMENA DE LUKA MIKI, Secretária Nacional de Segurança do Ministério da Justiça**

Relato de experiência realizada no município de Diadema-SP.

Cidade com a 2ª maior densidade demográfica do país, em 2001 era a mais violenta de SP e 7ª mais violenta do país, com 41 homicídios por mês.

Prefeitura apresentou projeto de lei obrigando o fechamento de bares às 23h, com base em dados que indicavam que 60% dos homicídios ocorriam entre 23h e 6h, em grande proporção em bares ou nas suas proximidades.

Após a aprovação e entrada em vigor da lei, criou-se programa para fiscalizar com rigor. O resultado do primeiro mês foi queda de 30% nos homicídios, e como efeito inesperado 55% de redução na violência contra as mulheres e 30% nos acidentes de trânsito. Mais além, o fechamento dos bares indisponibilizou-os como pontos de venda de drogas ilícitas. Ao cabo de 8 anos de trabalho, houve uma redução de 111 homicídios/100.000 hab. para 17,93/100.000 hab., além de redução de 45.000 para 15.000 desempregados, com novas empresas fixando-se devido à melhora das condições de segurança.

**Sr. ANTÔNIO DE BARROS ARAÚJO FILHO, representante da Associação Viva Bem, de Teresina-PI**

O álcool está relacionado a 64 doenças, incluindo violência, acidentes de trânsito, problemas no trabalho, legais e familiares.

O Brasil, principalmente devido à falta de controle social, está entre os países com maiores problemas álcool, principal fator de risco de doença, havendo superado o tabagismo.

17,5% dos homens e 7,5% dos Jovens têm problemas com consumo de álcool.

Grande maioria dos problemas não é causada pelos dependentes, mas por bebedores ocasionais.

Etilismo de risco: Homens > 14 drinques/semana ou > 4 drinques/ocasião; mulheres > 7 drinques/semana ou > 3/ocasião.

Em pesquisa com 300 homens em Teresina, 71,6% consumiam álcool, dos quais 80% com etilismo de risco.

Consumo de álcool na adolescência é particularmente ruim, e implica em risco 5 vezes maior de dependência, mas a grande maioria começa entre 10 e 12 anos, em geral na própria casa.

Álcool presente em grande parte das vítimas de violência: homicídios, acidentes, afogamentos, suicídios, quedas.

Aproximadamente 50% dos autores de violência tinham alcoolemia positiva, e 4% de outras drogas.

Uso de bebidas alcoólicas na gravidez é especialmente grave, podendo causar a síndrome alcoólica fetal.

A Associação Viva Bem propõe o controle social do álcool, baseado em experiências comprovadamente eficazes:

- políticas sobre drogas devem ser iniciadas pelo álcool;
- termo “etilismo de risco” deve ser oficializado e divulgado;
- checagem aleatória de condutores de veículos altamente efetiva para reduzir número de acidentes;
- fiscalização da venda para e uso por menores;
- corte do patrocínio do álcool a eventos esportivos e culturais, nos moldes do que foi feito com tabagismo;
- fim dos subsídios;
- aumento do preço;
- mudanças nas advertências em embalagens;
- conselhos publicitários;
- restrição de horário e densidade de pontos de venda.

## REUNIÃO DE 27/9/2011

### **LUIZ ALBERTO CHAVES DE OLIVEIRA - Coordenador de Políticas sobre Drogas da Secretaria de Justiça do Estado de São Paulo**

Segundo relatório da OMS divulgado em fevereiro de 2011, o álcool é o principal fator de risco à saúde no Pacífico Ocidental e nas Américas, e o segundo maior na Europa. É também, dentre as drogas conhecidas, a que mais causa danos em termos absolutos.

Ao passo que o consumo de álcool apresenta-se em queda nos países desenvolvidos e tem movimento crescente nos países em desenvolvimento.

Entre 1994 e 2010, o consumo de cerveja no Brasil aumentou de 6.500.000.000 litros para 12.600.000.000 litros, um crescimento acima do crescimento populacional.

Entre 1998 e 2007, as internações para tratamento de alcoolismo diminuíram em 26%, e o dispêndio para tratamento de alcoolistas diminuíram 45%, em números absolutos, enquanto as internações e o dispêndio para tratamento de usuários de drogas ilícitas cresceram respectivamente 136% e 73%.

O uso de álcool está relacionado a maior incidência de distúrbios mentais.

Recomendações da OMS para políticas sobre o álcool:

- liderança, conscientização e compromisso;
- resposta dos serviços de saúde;
- ação comunitária;
- condução de políticas e medidas preventivas;
- disponibilidade de álcool;
- comercialização de bebidas alcoólicas;
- políticas de preços;
- reduzir as consequências negativas de beber e intoxicação por álcool;
- reduzir o impacto na saúde pública das bebidas alcoólicas ilícitas e do álcool produzido informalmente;

- monitorização e vigilância.

O PL nº 698, DE 2011, tramitando na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, prevê ações de inibição da venda e uso de bebidas alcoólicas por crianças e adolescentes. Apresenta diferenças em relação ao ECA:

- menção específica sobre venda e uso;
- fiscalização efetuada por agentes públicos especialmente designados para a ação;
- multas pecuniárias detalhadas além de outras penalidades já determinadas.

Experiências em outros países:

- por causa da violência, a Grã-Bretanha criou em 1988 políticas públicas que levaram mais de 200 mil pessoas a tratamento somente em 2007/08, tendo o tratamento surtido efeito em mais de 75% dos dependentes;
- estudos comparando 17 países com proibição total, proibição parcial ou sem qualquer proibição da propaganda de bebidas alcoólicas mostraram que países que proíbem a publicidade de destilados, cervejas e vinhos, têm níveis de consumo 11% mais baixos e 23% menos acidentes automobilísticos fatais do que os países que proíbem apenas a propaganda de destilados;
- restringir dias e horários de venda restringe as oportunidades para compra e pode reduzir o consumo. Numerosos estudos conduzidos em diversos países (desenvolvidos e em desenvolvimento) indicam que tais restrições reduzem os problemas relacionados ao álcool;
- nos EUA, a elevação da idade mínima dos 18 anos para os 21 anos reduziu em 11% a 16% a ocorrência de acidentes automobilísticos noturnos envolvendo jovens, independentemente da gravidade dos acidentes.

Recomendações proferidas ao final da 1ª Conferência Pan-americana de Políticas Públicas Sobre o Álcool, realizada em Brasília, entre 28 e 30 de novembro de 2005:

1. Prevenir e reduzir os danos relacionados ao álcool deve ser considerados uma prioridade de saúde pública para ações por parte de todos os países da região.

2. As estratégias regionais e nacionais devem ser desenvolvidas, incorporando um elenco culturalmente apropriado de políticas baseadas em evidências, a fim de reduzir os danos relacionados ao consumo do álcool.

3. Essas estratégias precisam ser apoiadas por melhores sistemas de informação e por novos estudos científicos sobre o impacto do álcool e os efeitos das políticas do álcool em contextos nacionais e culturais dos países das Américas.

4. Uma rede regional de colaboradores para redução dos danos relacionados ao álcool, nomeados pelos países membros, deve ser estabelecida com a cooperação técnica e o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS.

5. Políticas sobre álcool, cuja eficácia tiver sido estabelecida por pesquisas científicas, precisam ser implementadas e avaliadas por todos os países das Américas.

6. Áreas prioritárias de atuação precisam incluir ocasiões de uso pesado do álcool, consumo em geral, por mulheres (incluindo gestantes), populações indígenas, jovens, outras populações específicas, violência, lesões intencionais e não intencionais, consumo por menores de idade, lesões relacionadas à utilização do álcool e doenças causadas pelo álcool.

A sociedade deve discutir a destinação dos impostos pagos pela indústria de bebidas, saber se parte adequada disso está sendo destinada às políticas de saúde.

### **DISRAELLI GALVÃO GUIMARÃES - Diretor do Sindicato Nacional da Indústria da Cerveja - SINDICERV**

A indústria de cerveja no Brasil é centenária, e trabalha em um mercado competitivo. Para perpetuar-se, deve-se preocupar com o consumo nocivo (por menores de idade, antes de dirigir, excessivo) que não interessa às empresas.

Diferentemente do tabagismo, é possível um consumo não nocivo, desde que moderado.

A arrecadação anual de tributos do setor é da ordem de R\$ 13 bilhões, sendo uma das empresas do Sindicerv o maior recolhedor de tributos do país. O impacto na economia é da ordem de R\$ 44 bilhões, 1,65% do PIB nacional,

gerando 1.200.000 empregos, havendo investido R\$ 6 bilhões em novas instalações nos últimos 5 anos.

A carga tributária sobre a cerveja no Brasil é de 38,9%, entre as mais altas do mundo. Existe, paralelamente, um mercado informal de bebidas que foi responsável por 20% do total de bebidas alcoólicas (13% das cervejas, 62% dos destilados) em 2007.

A OMS preconiza aumento do preço das bebidas. Aumentar os tributos e as restrições afeta principalmente o mercado formal, e tende a aumentar a parcela do mercado informal.

A publicidade de bebidas não é responsável pelo consumo excessivo nem pela entrada de novos consumidores. Seu maior efeito é reposicionamento de marcas. Entre 2001 e 2003 aumento de 50% no investimento publicitário e queda no consumo total de cerveja no país.

Segundo estudo econométrico feito pela empresa de consultoria LCA, os principais fatores determinantes no aumento de consumo são: renda disponível, preço e condições climáticas. Dados colhidos em diversos países mostram que não há correlação entre investimentos em publicidade e consumo.

A restrição de horário da publicidade também não surte o efeito esperado, porque os jovens atualmente têm por hábito assistir a programas de televisão noturnos.

A indústria cervejeira vem participando e apoiando iniciativas para coibir a condução de veículos por motoristas embriagados, havendo, por exemplo, distribuído 80.000 bafômetros entre as polícias do país. Além disso, estimula programas educativos de conscientização para o consumo responsável, para o desestímulo ao consumo por jovens e instaurou campanha em conjunto com rede de supermercados para solicitar a apresentação de documento de identidade a todos os clientes que quiserem comprar bebidas alcoólicas.

O convidado exibiu ainda um vídeo institucional sobre as campanhas de conscientização promovidas pelo Sindicerv e empresas filiadas.

## REUNIÃO DE 18/10/2011

### **Desembargador MANOEL ALBERTO REBÊLO DOS SANTOS - Presidente do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro**

A SAF – síndrome do alcoolismo fetal – acarreta diversas consequências à saúde do indivíduo, de ordem morfológica (lábio leporino, p. ex.) e de ordem neurológica e psíquica, com falta de discernimento e repercussões na segurança.

Ao contrário de outras síndromes, é cem por cento evitável, bastando que se leve ao conhecimento das mulheres, principalmente das camadas menos conscientizadas, os riscos do consumo de álcool na gravidez.

Propõe-se incluir em toda embalagem de bebida alcoólica um símbolo consistindo em uma silhueta de mulher grávida envolta por um círculo vermelho e uma faixa transversal, o símbolo universal da proibição. Existe em tramitação na Câmara dos Deputados um projeto de lei visando a instituir tal medida.

### **Dr. JOSÉ MAURO BRAZ DE LIMA - Professor de Medicina da UFRJ e Coordenador do Programa Acadêmico de Álcool e Drogas da UFRJ**

A dependência de álcool é rara, no máximo dez por cento da população, então não se usa mais a expressão dependência química, mas “problemas relacionados ao álcool, que são muitos mais que a dependência: acidentes de trânsito, álcool no ambiente de trabalho, violência, homicídios. Existe um uso normal de álcool, e existe uso nocivo: gestantes, motoristas, operadores de máquinas de precisão.

A prevenção é importante, por atingir uma fase em que, mesmo o problema não sendo evidente, existe risco real.

Estudos epidemiológicos revelam uma situação preocupante: nos primeiros cinco anos da década que se encerrou, o alcoolismo pesado (dependência) aumentou em 10%, sendo 7% na população masculina e mais que o dobro na feminina; na população mais jovem, foi um aumento relativo de 25 a 30%. Simultaneamente, divulga-se que a indústria de cerveja pretende investir

bilhões no aumento da produção, que em 2010 passou de 11 bilhões de litros, a terceiro maior produtor de cerveja mundial.

Quando uma mulher grávida ingere bebida alcoólica, o feto recebe álcool diretamente pelo sangue do cordão umbilical, em uma fase em que os órgãos estão em desenvolvimento. A síndrome alcoólica é uma das principais causas de malformações congênitas não genéticas e das principais causas de deficiência mental não genética na infância. Embora não seja de conhecimento geral, o Brasil, onde se bebe muito, deve ter muitos casos de SAF. Na França e nos EUA, por exemplo, o problema é considerado como de saúde pública.

As crianças de SAF têm, além das alterações mentais, alterações cardíacas e renais, nascem com baixo peso e baixa estatura, vivem pouco além dos 30 anos, têm problemas na escola, problemas sociais e problemas com a polícia.

A síndrome de Down é facilmente identificável. Uma vez conhecida, a SAF passa também a sê-lo. Estima-se que no Brasil sua incidência esteja entre 2 e 3 por 1.000 nascimentos, portanto duas a seis vezes mais frequente que a síndrome de Down, cerca de 30.000 crianças por ano que nascem com SAF e que são raramente diagnosticadas. Muitas vezes são indistinguíveis das outras pessoas, mas tem distúrbio cognitivo.

As alterações típicas são peculiares, embora possam estar ausentes: microcefalia, nariz com implantação baixa, olhos pequenos, má implantação das orelhas, lábio superior fino e retrognatismo, além do baixo peso e baixa estatura. A deficiência mental pode ser discreta, permitindo avançar até o ginásio e o colegial. Mas o fracasso escolar é o problema central.

A cada ano, há 3.000.000 de nascimentos no Brasil. Em populações vulneráveis, até um por cento das crianças pode nascer com SAF. Um sério problema de saúde pública, que é cem por cento previsível e cem por cento evitável. Se não houver na gravidez consumo de bebida alcoólica, a incidência cai para zero.

Em setembro de 2011, encerrou-se campanha de um ano realizada no Rio de Janeiro. Todo serviço de pré-natal deveria ter um cartaz, distribuir um folder, atuar junto às pacientes no sentido de não consumir bebida alcoólica na gravidez.

E toda bebida alcoólica deveria ter em seu rótulo uma advertência quanto aos riscos do consumo de álcool na gravidez.

## REUNIÃO DE 7/12/2011

### Dr. ALEXANDRE PADILHA – Ministro de Estado da Saúde

(Transcrição de notas taquigráficas realizadas pelo Serviço de Taquigrafia da Câmara dos Deputados)

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Geraldo Resende) - Declaro abertos os trabalhos desta Comissão Especial.

Tendo em vista a distribuição de cópias da ata da 16ª reunião a todos os membros, indago sobre a necessidade de sua leitura. *(Pausa.)*

Dispensada a leitura da ata.

Em discussão. *(Pausa.)*

Não havendo quem queira discuti-la, coloco-a em votação.

Os Srs. Deputados que aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)*

A ata foi aprovada.

Ordem do Dia.

A pauta de hoje prevê audiência pública com a presença do Sr. Ministro de Estado da Saúde Dr. Alexandre Padilha, a quem convido para compor a Mesa e agradeço, de antemão, a presença. *(Palmas.)*

A fala do Sr. Ministro hoje vai coroar e encerrar o nosso ciclo de audiências. Entraremos em recesso parlamentar e, logo no início do ano vindouro, apresentaremos o relatório à Casa e o entregaremos ao Sr. Presidente Marco Maia.

O Sr. Ministro terá 40 minutos para sua exposição, podendo ser prorrogados por mais 20 minutos por deliberação do Plenário. Ao final da apresentação, será concedida a palavra aos Deputados, observada a ordem de inscrição, para, no prazo de 3 minutos, cada um formular as suas considerações ou pedido de esclarecimento, dispondo o Ministro do mesmo tempo para a resposta. Serão permitidas a réplica e a tréplica.

Antes de passar a palavra ao Sr. Ministro, quero informar que hoje estivemos no Palácio do Planalto, onde S.Exa. lançou mais um programa do Ministério da Saúde, juntamente com outros Ministérios, para enfrentarmos o combate ao *crack*. Uma boa notícia. Mais uma vez, enfrentando uma epidemia,

como disse o Ministro, e, para tanto, precisamos de várias ações para enfrentá-la.

Uma outra notícia não muito boa porque vai na contramão do que a Comissão está debatendo, é que o Relator do projeto da Copa apontou para a venda de bebidas alcoólicas nos estádios de futebol.

Gostaria que o Sr. Ministro fizesse também uma abordagem sobre esse tema, na medida em que esta Comissão terá que elaborar um documento contundente dizendo que isso realmente colide frontalmente com o que temos construído ao longo das várias audiências em que ouvimos especialistas de várias universidades do País e instituições que nos brindaram com suas presenças.

Com a palavra o Ministro Dr. Alexandre Padilha.

**O SR. MINISTRO ALEXANDRE PADILHA** - Boa tarde a todos e a todas. Quero agradecer ao Sr. Presidente, Deputado Geraldo Resende, meu colega médico; ao Deputado Federal Jesus Rodrigues, 1º Vice-Presidente desta Comissão; agradeço profundamente ao Sr. Relator, Deputado Vanderlei Macris, e aos Deputados e Deputadas que fazem parte desta Comissão. Quero agradecer a compreensão do nosso querido Relator Deputado Vanderlei Macris, que já tinha me pedido em outros momentos para vir aqui. Eu tinha comentado que, para mim, o momento ideal para comparecer aqui seria na conclusão e lançamento do grande plano que lançamos hoje pela manhã, uma rede de atenção e de cuidados à saúde mental, álcool e drogas, até para poder responder com mais precisão a um conjunto de questões apresentadas pelos debates desta Comissão.

Então quero agradecer a compreensão desta Casa e dizer que hoje estamos vivendo um dia especial para o País, para a saúde pública e para a nossa juventude. O trabalho que esta Comissão tem feito, e não só esta, mas um conjunto de Comissões constituídas nesta Câmara, com o debate não só sobre o consumo de álcool, mas de todas as drogas. Este é o local adequado para fazermos esse debate sobre um problema de saúde pública, uma questão que preocupa a todos, e deu uma contribuição fundamental para o lançamento desse plano, para o conjunto das contribuições desse plano e, certamente, dará ainda mais no seu aprimoramento, acompanhamento e fiscalização.

Trouxe aqui uma apresentação que, em primeiro lugar, busca mostrar a importância para o País do tema do álcool no campo da saúde pública.

Nós sabemos que o *crack* hoje é uma grande ferida social. Mais do que isso, falei claramente hoje que o Brasil vive uma epidemia do *crack*. Tecnicamente, o conceito de epidemia é qualquer situação de qualquer agravo à saúde, qualquer problema de saúde que tenha um aumento de ocorrências acima do padrão normal quando tem uma expansão na sua distribuição regional, local, ou seja, começa a atingir Municípios, regiões que não atingia antes; quando começa a expandir a sua presença para comunidades, grupos populacionais que não acometia antes. Esse é o conceito de uma epidemia, e o Brasil vive uma epidemia do *crack*.

Tivemos um aumento importante do número de casos recentemente. Não é só um problema das grandes cidades, dos grandes centros urbanos, mas de todo o País, nos pequenos Municípios, chegando na realidade rural. Esse é, cada vez mais, um problema que afeta grupos populacionais diferentes, pessoas diferentes. As pessoas têm vários motivos para usar essa droga. Mas apesar de o *crack* ser uma grande ferida social hoje no Brasil, que vive hoje uma epidemia, o grande vilão das drogas no Brasil ainda é o álcool. Sei que esta Comissão já realizou vários debates, já instrumentalizaram os Parlamentares sobre esse tema, mas vou mostrar alguns dados do Ministério da Saúde que reforçam essa preocupação.

*(Segue-se exibição de imagens.)*

O VIGITEL é um programa que criamos no Ministério da Saúde que faz pesquisa de hábitos de vida das pessoas. Fazemos isso anualmente. É uma modelagem de pesquisa, em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que nos dá uma boa idéia da evolução de problemas de saúde de hábitos.

Só para os senhores e as senhores terem uma idéia, o VIGITEL 2010 — pegamos um apanhado de dados de 2010, mas foi fechado em 2011 — mostra que, quando fazemos a entrevista e procuramos nos últimos 30 dias, pelo menos 18% dos brasileiros exageraram no consumo de bebida alcoólica, que são mais de cinco doses de qualquer bebida para homens e mais de quatro para as mulheres.

Quero chamar a atenção para o aumento do uso abusivo entre as mulheres. Do VIGITEL 2009 para o VIGITEL 2010, tivemos um aumento de 8,2% para 10,6%. Na faixa etária de 25 a 34 anos, tivemos um aumento de 23% do uso abusivo entre as mulheres. Quando mostramos aqui a faixa etária, essa é uma preocupação muito grande nossa não só entre os homens, como também entre as mulheres e a juventude.

Nós sabemos que os problemas de saúde que a pessoa pode ter decorrentes do uso do álcool, sobretudo problemas crônicos, estão intrinsecamente ligados à faixa etária do início do consumo, além dos problemas agudos que temos relacionados com a violência, acidentes, mas os crônicos, que são as doenças. Então, o nosso grande esforço hoje é no sentido de uma política fortemente voltada para os jovens no que se refere à prevenção.

Quero parabenizar, Vanderlei Macris, a lei do Governo do Estado, e nós apoiamos o Secretário Giovanni Cerri e o Governador Geraldo Alckimin, uma lei aprovada no Estado de São Paulo, na Assembleia Legislativa, que proíbe e estabelece punições mais severas para qualquer estabelecimento comercial que venda bebida alcoólica para menores de 18 anos. Quero parabenizar o conjunto de ações que nós temos em vários Estados voltadas para esse público .

Quero reforçar aqui a minha posição, Deputado Geraldo Resende, de que sou totalmente contrário à situação da Copa do Mundo, a exceção que pode haver na Copa do Mundo. Não podemos permitir um retrocesso na proibição da venda de álcool nos estádios de futebol. (*Palmas.*) Inclusive esses dados nos mostram a importância de termos ações de prevenção, de controle e de restrição, sobretudo dos mais jovens.

Um dado que eu sempre faço questão de mostrar é a proporção do uso excessivo do álcool, do abuso de álcool, em relação à faixa de escolaridade. Tradicionalmente, os problemas de saúde estão muito mais relacionados às pessoas de menor escolaridade. Por exemplo, hoje, a obesidade é maior em quem tem menos de 8 anos de escolaridade; a atividade física é menor em quem tem menos de 8 anos de escolaridade; um conjunto de problemas nós encontramos sobretudo nas pessoas que têm menos de 8 anos de escolaridade. No álcool é exatamente o contrário, pois nós encontramos o uso abusivo,

excessivo. Quanto maior a faixa de escolaridade, maior o uso excessivo e abusivo do álcool na pesquisa que nós fizemos no VIGITEL.

Um outro dado que chama a atenção, como já disse, é o uso do álcool de acordo com o sexo, o gênero. Aí há um aumento contínuo, permanente do uso do álcool entre as mulheres em toda a série histórica do VIGITEL, que começou em 2006. Ou seja, são cinco anos de série histórica mostrando, ano a ano, um aumento na detecção do uso abusivo do uso do álcool entre as mulheres.

Só queria chamar a atenção para a exposição ao álcool precoce: 71% — essa é uma pesquisa chamada PeNSE, feita em 2009, que vai ser repetida de dois em dois anos — dos estudantes do 9º ano do ensino público já haviam experimentado álcool, quase dois terços dos estudantes; 27% haviam consumido bebida alcoólica nos últimos 30 dias da pesquisa e quase 25% disseram que haviam se embriagado pelo menos uma vez na vida.

Relação do álcool e violência. Nós temos vários dados — vou passar rapidamente, vou deixar aqui com a Comissão — que reforçam a relação direta entre o uso excessivo do álcool e situações de violência, seja violência doméstica, seja violência no transporte, seja violência detectada no Instituto Médico Legal de São Paulo.

É um dado bem interessante. A análise dos laudos do Instituto Médico Legal de São Paulo mostrava que 43% tinham alcoolemia maior que 0,2, e, desses, 26% tinham entre 15 e 24 anos.

Um outro estudo, esse relativamente mais antigo, mas é só para reforçar, trata do consumo de álcool e situações de risco. Fazendo avaliação do consumo de álcool em situações de risco, 25% dos adolescentes de 14 a 19 anos das classes A e B — não é classe C, D, E — tinham feito uso de álcool de forma nociva e apenas 30% dos que tinham feito uso de álcool, quando tinham relação sexual, haviam feito uso de preservativo.

Só retomando um outro debate que estamos fazendo, e esta Casa está contribuindo muito, que é sobre a relação álcool e direção. Hoje vivemos uma outra epidemia no País, que é a epidemia de acidentes, lesões e mortes relacionadas ao trânsito. Nós tivemos em 2010, pela primeira vez, mais de 40 mil óbitos — é a primeira vez que nós ultrapassamos a marca de 40 mil óbitos no trânsito. Só de internações, foram 146 mil no Sistema Único de Saúde. Para as

senhoras e os senhores terem ideia, o SUS investiu, o Ministério da Saúde investiu só em atendimento emergencial — não estou falando de cirurgias, de reabilitação posterior, de pessoas que ficam com alguma deficiência física e precisam fazer períodos longos de tratamento — quase 200 milhões de reais, no ano de 2010, no primeiro atendimento das internações relacionadas a acidentes. Só para se ter ideia, triplicou o número de mortos por acidentes com motos, de 2002 a 2010, nos últimos 8 anos.

Aqui alguns dados do VIGITEL de 2010, que mostram algumas preocupações que nós havíamos apontado na relação do álcool com a direção. Segundo a escolaridade, ou seja, também aqui na relação com a direção, o fato de se ter mais anos de escolaridade não tira o risco. Às vezes nós estabelecemos uma relação direta entre ações educativas e mudança de atitudes das pessoas. Esse é um dado que mostra claramente que não bastam só ações educativas; nós temos que mesclar ações educativas com campanhas de prevenção, ações que nós podemos fazer que mudem as atitudes das pessoas, e ações de punição.

Por isso eu gostaria de pedir, e já fiz esse pedido, essa sugestão diretamente ao Presidente Marco Maia. O Senado conseguiu aprovar num rito rápido o aumento da punição da Lei Seca, a proibição absoluta de qualquer uso de álcool e direção. Nós temos que inverter o ônus da prova: se o agente de trânsito ou agente policial suspeita que uma pessoa esteja embriaga, essa pessoa é que tem que produzir a prova de que não está embriaga; ela é que tem que fazer o bafômetro para provar que não está embriagada; ela é que tem que fazer um exame laboratorial, se quiser fazê-lo, para provar que não está embriagada.

O ato de dirigir é uma concessão que o Estado faz para os cidadãos, e os cidadãos têm que saber que precisam cumprir algumas regras para desenvolver o ato de dirigir: têm que respeitar o limite de velocidade; têm que respeitar os sinais de trânsito, e temos que estabelecer em lei que se deve respeitar uma regra segundo a qual quem beber não poderá dirigir de forma alguma. Eu já fiz esse pedido ao Presidente Marco Maia, fiz esse pedido a vários líderes e senti sensibilidade nesta Casa. Quero só reforçar o pedido. É fundamental que

nós possamos aprovar com urgência o aumento das punições relacionadas à Lei Seca e a proibição absoluta do álcool e direção no nosso País.

Todos os nossos dados — depois vou deixar para esta Comissão vários dados sobre o impacto da Lei Seca — mostram a redução de óbitos em trânsito; mostram exatamente que os Estados que mais reduziram óbitos e internações no período de 2009 e 2010 foram aqueles que apertaram mais intensamente a fiscalização da Lei Seca, que aumentaram o número de *blitze*, que envolveram a sociedade nessas *blitze*, inclusive envolvendo pessoas da sociedade, do Judiciário, familiares ou pessoas que vivem em situação de reabilitação depois de um acidente.

Aqui temos vários dados do VIGITEL que mostram escolaridade, também a relação do uso de álcool, direção e a faixa etária. Mostra sobretudo os mais jovens. Novamente, esse tem que ser o grande foco na nossa atuação em relação a isso.

Aqui uma distribuição por cidades.

Deputado Jesus, a quem apoio em seu projeto de proibição do álcool em qualquer repartição pública, serviço público, eventos financiados pelo público, mostramos aqui uma relação direta entre o acidente... Isso só são serviços, sentinelas que o Ministério da Saúde constituiu e montou, e a declaração da pessoa que estava envolvida no acidente que tinha usado bebida, tinha ingerido álcool ou a suspeita por um agente, mostrando a frequência dessa proporção pelas capitais do País.

Teresina foi o Município onde essa ocasião mais se detectou. Então, é importante a gente reforçar. Portanto, Aracaju, Fortaleza, Rio de Janeiro, foi onde menos se detectou. Certamente já é impacto das ações da Lei Seca no Rio de Janeiro, que apertou fortemente a fiscalização, pegando celebridades, ou seja, exemplos que reforçam as ações de fiscalização.

Este é um programa piloto do Ministério da Saúde, que busca fazer um conjunto de pesquisas — neste caso, com o Instituto Materno Infantil de Pernambuco — para que possamos avaliar mais detalhadamente a relação entre álcool e acidente e o risco de morte também. Essa foi uma pesquisa feita em seis cidades, seis grandes capitais, todas regiões do nosso País.

A pesquisa era uma avaliação clínica e um questionário das pessoas que eram vítimas de trânsito. Ela mostra que 25% haviam consumido algum tipo de bebida alcoólica antes do acidente. Das vítimas, 36% eram motociclistas, 19% pedestres, 14% ciclistas e haviam ingerido bebida alcoólica; 57%, ou seja, mais da metade dizia que tinha consumido ou só cerveja ou chope — é uma estatística importante também em relação a essa bebida — e 27% com avaliação clínica e laboratorial mostravam alcoolemia positiva.

Um dado importante: nas pessoas que tinham alcoolemia positiva, a relação direta com o risco de morte, que era o risco de um trauma moderado ou grave ou de morrer nas primeiras 24 horas do atendimento, era cinco vezes maior. As pessoas que tinham alcoolemia positiva tinham um risco de morrer, ou ter um trauma grave ou moderado, cinco vezes maior do que as pessoas que não tinham alcoolemia positiva. Esse é um outro dado da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Foi feita uma pesquisa entre as pessoas.

Outro dado importante: 78% tinham relatado que alguém da mesa tinha bebido e voltava dirigindo depois de beber.

Há um conjunto de ações de fiscalização, de reforço da Lei Seca, um conjunto de ações que achamos que têm que ser desenvolvidas.

Vou passar rapidamente um estudo feito na época, logo depois da implantação da Lei Seca, mostrando que o Brasil foi ousado em proibir qualquer nível de álcool na direção, e estamos corretos nessa posição. Mostrou também a redução de óbitos logo após a implantação da Lei Seca.

Achamos que um dos motivos para o aumento de lesões e mortes no trânsito está diretamente relacionado a uma certa redução das ações de fiscalização da Lei Seca em alguns Estados — tanto é que onde mais houve redução de lesões e óbitos no trânsito foi exatamente nos Estados que tiveram o maior número de *blitze* — e voltaram a apertar a fiscalização da Lei Seca. O número de mortes caiu em 16 Estados e no Distrito Federal depois do início da Lei Seca.

Estes são os dados até 2009. Temos também os dados atualizados de 2010.

Para os senhores terem ideia, os três Estados em que tivemos redução de óbitos entre 2009 e 2010 foram Minas Gerais, Santa Catarina e Rio de Janeiro. Os demais Estados, entre 2009 e 2010, tiveram uma certa estabilidade.

Ou seja, isso reforça a importância de apertarmos a fiscalização nesses Estados. Estamos muito confiantes que em 2011 vamos ter uma boa redução, porque vários Governos estaduais tomaram uma série de medidas no sentido de apertar a fiscalização.

O impacto do risco de mortes em acidentes de trânsito, dois anos depois do início da Lei Seca: uma redução de 7,4% nesse risco.

Queria apresentar para os senhores e as senhoras, aqueles que não puderam estar no Palácio do Planalto hoje, um plano de enfrentamento. É um plano para o *crack*, mas ele não se resume ao *crack*; ele tem relação direta com o problema do álcool. Trata-se de um conjunto de ações do Governo Federal em parceria com os Estados que busca enfrentar o problema da dependência química, de todos os tipos de dependência química, entre elas o álcool e outras drogas também, como o *crack*.

O Ministério da Saúde tem como ação fundamental nesse plano as ações do cuidado. O problema da dependência química, da drogadição, da epidemia atual do *crack* tensiona os serviços de saúde a se reorganizarem para dar conta desse novo problema, um dos problemas contemporâneos de saúde pública no País. Nós precisamos, certamente, reforçar ações, marcos legais e regulatórios, como já comentamos aqui, mas os serviços de saúde precisam se reorganizar para dar conta dessa realidade. Esse é, então, um problema contemporâneo, e o SUS precisa reorganizar-se para dar conta dessa realidade.

O grande esforço desse plano é a constituição do que chamamos de uma rede de serviços e tipos de atendimentos diferentes para situações tão diferentes, como as relativas ao álcool, às drogas em geral e ao *crack* em particular. Qualquer proposta de rede — e esse é um debate que por muito tempo aconteceu e ainda persiste, na saúde pública — que esteja pautada em um só tipo de serviço ou em um só tipo de atendimento, como por exemplo, de alguém achar que é o dono da verdade para o tratamento, que a melhor forma é a sua, vai estar fadada ao fracasso.

As relações que as pessoas têm com o álcool, com as drogas, com o *crack*, ou seja, com o conjunto das drogas, são muito distintas e, para isso, precisamos de tipos de atendimentos diferentes.

Há pessoas que utilizam o álcool, as drogas em geral e também o *crack* para enfrentar alguma situação de exclusão. São pessoas que moram nas ruas, pessoas que estão desempregadas, que estão em espaço permanente de exclusão. O álcool, as drogas, o *crack* são para elas formas de sobrevivência no espaço de exclusão. Mas há pessoas que fazem exatamente o contrário: usam o álcool, drogas ou *crack* para se manterem incluídas. É o exemplo dos cortadores de cana — e nós temos visto, cada vez mais, que o uso do álcool, das drogas e do *crack* têm aumentado no interior do País — para ajudá-los a suportar por mais tempo o trabalho; é o exemplo de comunidades de pescadores que passaram a usar álcool e drogas para poderem trabalhar por mais tempo durante a noite, pescar mais; é também o exemplo dos profissionais liberais, que acreditam que o uso do álcool e das drogas os ajuda a conseguir trabalhar mais, produzir mais, aumentar sua carga horária.

Então, nós precisamos ter serviços diferentes para situações tão distintas, assim como abordagens terapêuticas diferentes. Essa é uma diretriz-chave.

A outra diretriz-chave é saber que qualquer tratamento só vai ter sucesso se ele conseguir reconstruir o projeto de vida do dependente reconstruir um sentido para a vida dessa pessoa. Por isso que valores, a relação com as várias entidades, com as mais variadas comunidades, o reforço do papel da família são fatores decisivos.

Eu vou citar um estudo que a UNIFESP fez em relação ao *crack*, não em relação ao álcool. O estudo da UNIFESP é um dos mais importantes do mundo em relação ao *crack*. Foram acompanhadas durante 14 anos pessoas dependentes químicas de *crack*. É o estudo mais prolongado que já foi feito e publicado. O trabalho, reconhecido internacionalmente, foi coordenado pelo Dr. Laranjeiras. Dentre mais de 100 pessoas acompanhadas, 20% haviam morrido em 14 anos e 10% estavam presas. Dentre as que haviam morrido, 59% das mortes foram causadas por violência, ou por relação com o tráfico, ou violência externa, ou acidentes, e 22% haviam morrido por conta da infecção pelo HIV AIDS.

Ou seja, construiu-se uma ideia de que o *crack* é letal por si só, e é lógico que pode ser, mas a maior parte das pessoas que morreram usavam o *crack* em função das condições de vida que tinham. Por isso que reconstruir o projeto de vida, reconstruir um sentido para a vida de cada um, falar de valores, de espiritualidade — e está aqui o nosso querido Deputado Paulo Freire —, enfim, um conjunto de outras ações é decisivo para o tratamento, inclusive para o álcool. Diria que, para o álcool, mais ainda, porque é visto como algo social, na casa da pessoa, na família; a discriminação é menor.

Então, para retirar uma pessoa da dependência química, é lógico que é preciso tratamento, dos conhecimentos que nós temos, com as abordagens terapêuticas variáveis. Ninguém pode se achar dono da verdade. Se alguém pensar que é dono da verdade e que tem a melhor forma de tratar uma pessoa com dependência química, inclusive do álcool, estará fadado ao fracasso. Todo o mundo precisa ter muita humildade; ninguém pode se achar dono da verdade, mas é preciso integrar um conjunto de abordagens terapêuticas, que sejam de médicos e profissionais de saúde. A sociedade e a comunidade são fundamentais. Para isso nós temos ações que envolvem o conjunto das drogas, inclusive o álcool. É a ideia de vários serviços diferentes para situações diferentes. Vou passar rapidamente cada um dos serviços.

Primeiro, o projeto Consultórios de Rua, que é a ideia de haver um equipamento volante, móvel, para estar exatamente nas realidades de situações que chamamos de cenas urbanas de uso excessivo de drogas, inclusive o álcool, nas chamadas *cracolândias*, que se disseminam em várias cidades do País.

Qual é a ideia dos Consultórios de Rua? Fazer uma busca ativa, ir atrás dessas pessoas onde elas estão inclusive em horários diferentes dos horários usuais dos serviços de saúde. Trabalham até meia noite, 1 hora da manhã, de madrugada se for necessário. É fundamental que o serviço de saúde vá aonde a pessoa está.

Uma pesquisa que nós fizemos pelo Ministério da Saúde mostrou que quase dois terços dos usuários excessivos de álcool, drogas e *crack* só procuram serviços médicos de urgência e emergência, ou seja, só procuram serviços médicos quando já estão em situação muito grave. Então é fundamental que existam consultórios nas ruas para buscar as pessoas onde elas estão, para

fazer a primeira abordagem, oferecer a elas um projeto de tratamento, para se envolver nessa abordagem.

Os Consultórios de Rua vão ter não só profissionais de saúde, mas lideranças da comunidade; lideranças religiosas podem atuar nesse sentido. Pessoas que saíram da situação de dependência têm o papel fundamental de ser testemunhas dessa ação. Fundamentalmente, os Consultórios de Rua têm o papel de fazer com que essa abordagem dos usuários seja feita por profissionais de saúde e pessoas que queiram cuidar.

A Polícia Militar, na ação de repressão, tem de estar voltada para o traficante, para o bandido, para o contrabando. As pessoas que caíram na situação de dependência de drogas, ou álcool entre elas, têm que ter a abordagem dos serviços de saúde, de assistência social e de entidades que cuidam de pessoas com dependência química, que queiram acolhê-las e não afastá-las, caso contrário não terão sucesso. A ação da Polícia é fundamental.

Uma das ações do plano lançado hoje é exatamente construir territórios seguros. A ação da Polícia é decisiva para a tranquilidade do trabalho dos profissionais da área de saúde, de assistência social e das várias comunidades nessas regiões. Pretendemos, até 2014, implantar 308 Consultórios de Rua. Essa estimativa foi feita a partir do censo do IBGE sobre pessoas que vivem em situação de rua, sobre moradores de rua. Todos os Municípios que têm pessoas que vivem em situação de moradores de rua poderão participar desse programa e habilitar-se para receber os Consultórios de Rua. A abordagem é nacional, e nós lançamos, ao longo desse ano, antes mesmo do lançamento do plano, cerca de sessenta Consultórios de Rua, das mais variadas modalidades.

No Estado de São Paulo, na capital, já havia uma equipe de saúde na rua, na região da Cracolândia. Os Consultórios de Rua vêm para reforçar a ação dessa equipe. Nós queremos agregar esforços com os parceiros que já desenvolvem um conjunto de ações. Os Consultórios de Rua, em relação ao álcool, vão ajudar a fazer a busca ativa das pessoas que estão em situação de dependência química grave, de uso excessivo de álcool. Eles podem oferecer internações, inclusive involuntárias, quando necessário.

Há regras claras da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde, do Estatuto da Criança e do Adolescente que estabelecem quando é

necessário fazer a internação involuntária para proteger a vida, para evitar o risco de vida. Há regras claras quanto a isso, essa situação está prevista. O projeto é um equipamento importante para os usuários de álcool, porque o tratamento do dependente químico de álcool é necessariamente de longa duração, e pessoas que vivem em situação de rua podem ser bastante atendidas pelos Consultórios de Rua.

A segunda ação é a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 horas. Isso é uma qualificação dos serviços que existem hoje. Por um lado, nós estamos ampliando recursos específicos para cada um desses serviços, porque uma parte dos problemas da baixa qualidade dos CAPS hoje é porque eles estão subfinanciados. Então estamos ampliando, fazendo um aumento de mais de 50% do que o Ministério da Saúde vai repassar mensalmente para os Municípios que adotem CAPS especializados em álcool e drogas.

Nós estamos qualificando esses centros para que funcionem 24 horas por dia. O serviço de saúde tem de se responsabilizar 24 horas por dia por esses pacientes. Ninguém escolhe a hora de ter uma síndrome de abstinência. Ninguém escolhe a hora de ter uma intoxicação grave.

Então, a realidade de serviços que funcionavam só até às 18h, 19h, depois fechavam e não havia alternativa de internação, de acolhimento ao paciente, nós queremos mudar. Por isso, nós estamos ampliando recursos com incentivo específico. Há uma política de qualificação desses Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

Nós vamos transformar aqueles que existem em 24 horas. Estamos abrindo mais 41 novos, em alguns Municípios com mais de 200 mil habitantes e ainda não têm sequer um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

Um terceiro equipamento são as chamadas enfermarias especializadas para álcool e drogas. Hoje, há um número ainda insuficiente, mas expressivo, de leitos cadastrados para internação, cuidados. São leitos para problemas psiquiátricos em geral, em hospitais gerais, oferecidos tradicionalmente hoje para o problema de álcool e drogas.

Mas nós achamos que precisamos ter enfermarias específicas para isso, com equipe treinada, de forma específica, conectada via Internet pelo

Telessaúde, programa que nós lançamos. Já colocamos em 3 mil Municípios pontos do Telessaúde, e o profissional de saúde, na ponta, pode acessar via Internet a opinião de um especialista, trocar informações, encaminhar exames de imagem.

Todas essas enfermarias especializadas em álcool e drogas terão o Telessaúde. Estamos criando um ambiente específico para isso, usando parâmetro mundial de necessidade de enfermarias especializadas para internação. Essa é uma internação de curta duração, não é internação de longo período. Essa internação é para estabilizar uma situação de síndrome de abstinência ou de intoxicação aguda em que a pessoa precisa estar no hospital, onde haja outros especialistas, outros serviços, para controlar aquela situação de intoxicação aguda ou de síndrome de abstinência.

E o que estamos fazendo para que sejam atrativos os serviços no que diz respeito à existência dessas enfermarias? Essa é uma mudança em relação à política anterior, que nós achamos que foi um dos motivos pelos quais não se conseguiu expandir o número de leitos especializados para álcool e drogas.

Nós estamos fazendo um aumento de quase quatro vezes no repasse diário para um leito que seja especializado em álcool e drogas, desde que ele componha esse padrão de qualidade de atendimento, a um custo de 57 a 200 reais por leito.

Outro equipamento também novo é admitirmos que as pessoas em situação de dependência química, em várias situações, podem precisar ficar internadas por um período prolongado.

A ideia do tratamento só ambulatorial desconhece realidades de violência, às vezes, desconhece o local onde essa pessoa mora, que pode ser um local onde há violência. O profissional de saúde abre verdadeiras guerras de enfrentamento ao tráfico no esforço de tirar uma pessoa da dependência química. Cada dependente químico que nós tiramos, inclusive do álcool, é uma derrota para o tráfico; é uma derrota para quem vende a droga; é uma derrota para quem tenta estimular a dependência química, inclusive em relação ao álcool.

Às vezes as pessoas têm uma relação familiar extremamente desestruturada, e voltar para casa diariamente pode ser o motivo para continuar

usando álcool ou avançar para outras drogas, ou voltar para um espaço de violência doméstica, que pode ser inclusive motivo de morte dessa pessoa.

Então, para isso é preciso que haja serviços em que a pessoa fique internada por um período mais prolongado. É o que estamos chamando de Unidades de Acolhimento. Há um equipamento específico para a população adulta e um equipamento específico para a população infanto-juvenil. A nossa meta é construir 430 dessas Unidades de Acolhimento adulto e 188 de acolhimento infanto-juvenil em todo o País. Todos os Municípios podem ter uma unidade como essa.

A média de leitos varia de dez a quinze leitos por unidade como essa, e achamos que é um serviço fundamental para não só tratar clinicamente a pessoa em situação de dependência, mas reconstruir um projeto de vida, a reinserção social, tirar essa pessoa de qualquer situação de violência.

Aqui são exemplos de unidades de acolhimento que já começaram a funcionar este ano nos projetos-piloto que o Ministério da Saúde desenvolveu para que pudessemos elaborar essa proposta como um plano nacional de expansão da rede.

Por último, a parceria com entidades do terceiro setor. Existem várias denominações: comunidades terapêuticas, comunidades de acolhimento, serviços de residência terapêutica, fazendas terapêuticas, que têm uma abordagem diferente, uma abordagem, às vezes, mais focada nos valores, na espiritualidade, e que pode ser decisiva para a reconstrução de projetos de vida, de sentido para a vida de qualquer pessoa, sobretudo pessoas que estão em situação de dependência química, inclusive do álcool.

Então, vamos ter parcerias diferentes com entidades que querem ter perfis diferentes. A primeira questão é ter uma regra clara, nacional no País, que foi a nova resolução da ANVISA, que construímos, consultando inclusive entidades do setor, para estabelecer um padrão mínimo de qualidade, de estrutura física, de ambiência sanitária, de regras claras, de direitos a serem garantidos pelos pacientes, para que não possamos ter a multiplicação de situações de desrespeito em relação à dignidade humana, que existem em algumas comunidades. Sabemos inclusive que a parceria com as federações das comunidades, com as entidades do terceiro setor, quer que estabeleçamos

regras claras, para que se possa separar o joio do trigo, como eu estava dizendo hoje de manhã, para que se possa qualificar aqueles que querem qualificar o trabalho, o seu serviço, respeitam a dignidade humana, não praticam tortura, não praticam nada que venha a desrespeitar a dignidade humana. Com essas regras claras, as vigilâncias estaduais, vigilâncias municipais e o próprio Ministério Público terão um marco legal, inclusive para fechar instituições que não respeitam a dignidade humana.

Então, foi fundamental essa resolução da ANVISA, que já foi publicada por nós, e é para um conjunto de instituições que possam fazer ações de atenção ou apoio à atenção a dependentes químicos ou usuários eventuais de álcool, drogas e *crack*.

A segunda parceria é de financiamento. Existem algumas dessas instituições que já se caracterizam hoje como serviços de saúde. Existem responsáveis técnicos da saúde que querem fazer parte da rede integrada dos SUS, abre-se o agendamento para o conjunto da rede, algumas delas já recebem recursos contratados ou pelo Ministério da Saúde, que tem 900 leitos contratados nisso, ou há parcerias de Estados e Municípios que contratam vagas específicas nessas comunidades.

Nesse perfil de instituições, estamos chegando a dobrar o valor da diária repassada pelo Ministério da Saúde hoje para a contratação de vagas. Vamos passar a mil reais por vaga contratada, dobrar recursos repassados, para que possamos ter um atendimento de mais qualidade, ampliar esse tipo de atendimento no conjunto da rede de pessoas que precisam ficar em serviços residenciais terapêuticos por um período mais prolongado para controlar suas síndromes de abstinência, sair do espaço em que vivem e reconstruir seu projeto social, às vezes aprender uma profissão.

Uma terceira forma de parceria vai ser criar nas chamadas equipe de saúde da família, as equipes de atenção básica nos Municípios, um incentivo específico do Ministério da Saúde para aqueles Municípios que queiram ter uma equipe de atenção básica que tenha como papel fundamental do seu trabalho visitar comunidades terapêuticas que estão no seu Município para ver situações de saúde outras, ver como estão essas pessoas, puxá-las para o atendimento da

atenção básica; as ações que fazemos de tratamento para dependência química do álcool, que esses Municípios possam montar as equipes.

Nós mapeamos em todo o País as comunidades que são cadastradas hoje no Ministério da Justiça, e há necessidade até 2014 de 56 equipes para darem conta dessas comunidades, devido à concentração dessas comunidades em alguns Municípios no nosso País.

Outra forma de parceria é com aquelas entidades que não querem ser serviço de saúde, que não querem necessariamente ter um responsável técnico da área da saúde, que fazem ações de apoio terapêutico, querem contribuir com as ações de prevenção, campanhas de prevenção, de informação, ações de redução de danos, de terapia ocupacional, de geração de renda. No Ministério da Saúde, vai haver um edital específico para apoio a projetos para essas entidades, que às vezes são projetos também fundamentais para enfrentar o problema do álcool.

Essa é a rede. Só um último dado aqui, que acho importante para os Parlamentares acompanharem e fiscalizarem. Além de expandir a rede, precisamos de forte política de qualificação dos nossos profissionais de saúde. Assim como o problema do álcool — a apresentação da dependência química hoje relacionada ao álcool —, o das drogas em geral e do *crack* são problemas novos, contemporâneos, desafiadores. Nosso processo de formação de profissionais não está preparado para isso. É preciso uma política forte de qualificação de profissionais para enfrentar esses problemas. Nesse plano existe uma política forte do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação — algumas ações aqui são com o Ministério da Justiça —, de formação de um conjunto de profissionais: auxiliares de enfermagem, profissionais que já atuam na rede, pessoas que trabalham nas comunidades terapêuticas. Temos centros de referência para o tratamento. É fundamental que se aprimore cada vez mais a forma de tratar essas pessoas — novos conhecimentos —, para que os tratamentos sejam mais efetivos. Todas as formas de tratamento têm baixa resposta. Por isso eu disse que reinserir socialmente, construir um projeto de sentido de vida para as pessoas é fundamental.

E queria chamar a atenção para um tema. Está aqui o meu colega médico Geraldo Resende. Vamos quase dobrar o número de vagas para residência médica em psiquiatria. Um dos grandes desafios que temos para enfrentar o problema do álcool, das drogas no nosso País é estimular a formação de médicos psiquiatras. O Ministério da Saúde tomou a decisão de não deixar que a política de residência, de formação de especialistas seja financiada só pelo Ministério da Educação. Tomamos a decisão de colocar recursos do Ministério da Saúde para direcionar a abertura de mais vagas de residência médica, de formação de especialistas para as especialidades de que o SUS precisa cada vez mais. O País mudou muito, envelheceu. Precisamos formar mais oncologistas, mais psiquiatras, mais neurocirurgiões, por causa do problema de trauma. Precisamos distribuir essas residências nas regiões do País sem vagas de residência. Então, vamos aumentar em 82% o número de vagas em psiquiatria até 2014, inclusive num esforço de distribuição regional. Essa é uma parceria com o MEC, que é o Ministério que faz o credenciamento das vagas de residência.

Queria também chamar a atenção para o Telessaúde, um programa que o Ministério da Saúde implantou. Este ano chegaremos a 3 mil polos, em 3 mil Municípios, onde colocamos Internet nas unidades de saúde para consulta de centros de especialidades, especialistas, no caso específico, para a saúde mental, para toda a rede, desde o álcool. Vamos formar 1.659 profissionais para serem o que chamamos teleconsultores, pessoas que ficam à disposição dos profissionais de saúde que estão na ponta, que estão na rede, para ajudar a sanar dúvidas que possam existir no apoio ao tratamento, o que chamamos de segunda opinião dos profissionais que estejam lá, para eles se sentirem cada vez mais amparados em relação ao tratamento.

É isso, Sr. Presidente, querido Relator Vanderlei Macris, Sr. Vice-Presidente.

Quero ainda agradecer a oportunidade, o espaço que esta Casa, esta Comissão nos dá para debater. Estou aqui à disposição dos Parlamentares para dúvidas, críticas e o aprimoramento que esta Casa sempre dá aos programas do Governo Federal.

Muito obrigado. (*Palmas.*)

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Geraldo Resende) - Parabenizando o nosso Ministro Padilha, passo a palavra ao Relator, Deputado Vanderlei Macris.

**O SR. DEPUTADO VANDERLEI MACRIS** - Sr. Presidente, Srs. Deputados, eu gostaria de iniciar a minha manifestação agradecendo ao Ministro Alexandre Padilha a presença.

Nós tínhamos muito interesse em que V.Exa. aqui comparecesse, até porque, Ministro, houve de nossa parte um trabalho que não teve muita notoriedade, como de resto costuma acontecer — os trabalhos de profundidade muitas vezes não têm repercussão pública. Mas nesta Comissão nós realizamos um trabalho de profundidade. Foram realizadas dezenas de audiências públicas. Fomos a vários Estados brasileiros conhecer a realidade de cada um, como é o caso de Mato Grosso, onde vimos a realidade dos indígenas na questão do excesso do uso de álcool; em São Paulo, tantas outras; no Ceará, outras mais. Enfim, andamos pelo Brasil. E especialmente nesta Comissão ouvimos várias pessoas ligadas a esse tema, médicos especialistas, psiquiatras, enfim, representantes de universidades, de governos.

Foi realmente algo que conseguiu dar a nós um banco de dados para que, ao final desses trabalhos, tenhamos bons resultados. V.Exa. aqui comparece para praticamente encerrarmos os trabalhos de campo desta Comissão, para nos debruçarmos sobre esse material, a fim de produzir um relatório que possa colaborar com o País, com a sociedade brasileira, no sentido de buscarmos alternativas para esta que é uma grande doença da sociedade brasileira: o excesso do uso de álcool, o alcoolismo propriamente dito.

Portanto, eu quero agradecer a V.Exa. a presença. Nós agora nos debruçaremos sobre esses dados e informações, a fim de produzir esse relatório em função de todos os dados e detalhes que tivemos aqui ao longo de todo esse tempo. Nós discutimos aqui as causas do aumento do uso do álcool, o impacto na sociedade. Discutimos aqui a questão da comercialização. O Prof. Laranjeiras aqui esteve e deu uma declaração incrível: há no Brasil 1 milhão de pontos de venda, e a cada momento a indústria insiste para aumentar cada vez mais a venda de bebidas alcoólicas no País.

A questão da propaganda foi muito discutida aqui. Nós tivemos um fato com o qual o Deputado João Ananias se preocupou muito. Até existem projetos

nessa direção nesta Casa. As consequências, como a violência contra a mulher, a criança, o idoso; a questão do trânsito. O Deputado Jesus Rodrigues levantou muito essa questão. Nós tivemos depoimentos bastante preocupantes de quem trata na ponta desse problema.

Por exemplo, uma das oficiais do Corpo de Bombeiros de Brasília aqui esteve e mostrou claramente a dramática situação deles quando vão socorrer no momento em que ocorre um acidente. Mostrou indignação total com a leniência do Estado brasileiro — Governo Federal, Governos Estaduais e Municipais — com a questão do álcool.

Então, Sr. Ministro, nós discutimos esse tema com muita propriedade, bastante profundidade, a prevenção e o tratamento. Especialistas aqui estiveram para discutir essa questão. Conseguimos construir esse banco de dados muito completo para nos orientar. Todos participaram ativamente e se apaixonaram pelo tema, porque realmente é o grande problema que temos hoje no País.

Sr. Ministro, para não ser muito longo na minha manifestação, eu quero deixar apenas essas considerações e algumas questões que me fazem lembrar o movimento de trabalho que temos no Congresso Nacional, especialmente nesta Comissão.

Durante os trabalhos que aqui realizamos, muitos dos depoentes, dos que aqui vieram para contribuir afirmaram que o modelo atual de assistência aos portadores de dependência química, baseado no CAPS-AD, seria insuficiente, por não contemplar também a necessidade preliminar de intervenção nos pacientes por tempo razoável. O Ministério da Saúde, de acordo com V.Exa., acaba de anunciar um grande programa, segundo o qual, se não entendi errado, 430 unidades vão atuar nessa questão específica; serão 10 a 15 leitos para promover atendimento. Então, o que V.Exa. anuncia vem um pouco na direção da preocupação que esta Comissão específica teve ao longo dos debates aqui realizados.

Outra questão, Sr. Ministro. Se V.Exa. puder dar mais detalhes sobre esse caso especificamente, 430 unidades são suficientes ou é o começo de um processo? Ao longo dos últimos anos, os orçamentos têm sido decrescentes no que tange a investimentos nesse caso do álcool, especificamente. Nós temos

absoluta convicção de que o álcool é a porta de entrada de todas as outras drogas, aqui reconhecido também por V.Exa.

Outro fato. Eu quero saber de V.Exa., Sr. Ministro, se é possível nós contarmos com uma articulação do Governo para aprovar o Projeto de Lei nº 2.733, de 2008, que tramita nesta Casa, apresentado pelo então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, que altera a Lei nº 9.294, de 1996, para rebaixar o limite de graduação de bebidas alcoólicas de 13 para 0,5 graus Gay-Lussac, para os efeitos desta lei. O Presidente Lula mandou para cá esse projeto de lei, que é absolutamente simples, de grande alcance, que diz o seguinte:

*“Art. 1º. A Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:*

*‘Art. 1º. Consideram-se bebidas alcoólicas para todos os efeitos legais as bebidas potáveis que contenham álcool em sua composição com grau de concentração de 0,5º Gay-Lussac ou mais.*

*Art. 2º. Esta lei entra em vigor a partir da sua publicação.’”*

Este Projeto de Lei tem o nº 2.733, de 2008, e está parado no Congresso Nacional apensado a outras propostas de legislação, e nós gostaríamos de vê-lo aprovado. Essa lei realmente vai estabelecer que toda bebida alcoólica haverá de ter limitações do ponto de vista da propaganda. Tenho certeza que o Deputado João Ananias falará muito propriamente sobre esse caso.

Essa é uma opinião que eu gostaria de saber de V.Exa.

Outra questão, Sr. Ministro, é a Lei Geral da Copa. Todos desta Comissão estamos indignados com o caminho que está tomando essa discussão. Acabamos de ter notícia do relatório. V.Exa. também já se manifestou aqui, mas acho que é importante. Eu haverei de apresentar ao final dessa relação uma moção desta Comissão específica para o Plenário desta Casa, para os Líderes partidários e para o Presidente da Casa, mostrando a nossa indignação por caminhar na direção da liberação dos estádios para o consumo de álcool na Copa do Mundo. Parece-me estar sendo prevista, inclusive, a continuidade disso nessa legislação, mudando uma legislação que nós já temos que foi um avanço.

Eu quero saber de V.Exa. se não é um grande retrocesso isso a que estamos assistindo em relação a esse fato.

Então, nós vamos provavelmente discutir e debater esse assunto no plenário proximamente, e será muito importante sua presença, Ministro, e sua opinião sobre isso.

Uma questão que eu gostaria de saber de V.Exa. para que pudéssemos ter como informação aqui é a da Previdência. V.Exa. tem informações ou detalhes da ausência no trabalho em função do uso do álcool? Isso é um drama e um prejuízo ao País da maior importância. Precisamos também nos debruçar sobre esse problema. Eu não sei se temos dados a respeito disso, mas aqui na Comissão ficou muito claro que o volume de ausências no trabalho em função do uso do álcool causa prejuízos não só ao País, mas à população envolvida com esse problema.

Sr. Presidente, Sr. Ministro, outra questão que entendo importante é essa parceria com o terceiro setor, que aqui foi muito debatida, e uma lei apresentada em São Paulo e nós estamos acompanhando detalhadamente. O Governador Geraldo Alckmin aprovou uma lei que determina sanções administrativas severas para quem vende a bebida alcoólica e para quem autoriza o consumo dentro dos estabelecimentos comerciais, principal e especialmente para jovens abaixo de 18 anos. E nós sabemos que malefício causa a precocidade na utilização do álcool pelas crianças e pelos adolescentes.

Então, isso não poderia ser também uma política nacional, estimulando os Estados? Nós haveremos de propor isso no nosso relatório, vamos discutir com os Deputados da Comissão. Mas, com certeza, é uma medida extremamente importante, porque ela tem consequências sérias, como, no caso, uma multa até 87 mil, interdição por 30 dias e até fechamento do estabelecimento.

Então, entendo que devemos construir uma verdadeira cruzada nacional, como foi a do tabaco, para conscientizar, até porque é cultural, às vezes, dentro de casa, as pessoas estimularem crianças e adolescentes a utilizar bebida alcoólica. Haveremos de ter uma grande cruzada nacional.

Quero cumprimentar V.Exa. por essas iniciativas tomadas hoje. E; tenho certeza, isso tudo vai contribuir. Que nessa relação de esforço conjunto do

Legislativo, do Executivo e dos Estados e Municípios, possamos estabelecer essa cruzada em favor da sociedade brasileira.

Quanto custa para o País 10% da população num grau de dependência absoluta já do álcool? Quanto custa ao País a ausência do trabalho e quantas pessoas estão pagando por isso, por essa doença de cuja importância muitas vezes não nos damos conta. Ela adoece o Brasil a cada dia que passa, sem que nos apercebamos. É mais ou menos no mesmo caminho de uma pessoa que começa o processo de aumento do uso de álcool devagar na sua vida e depois de 40, 50 anos é que vai ver as consequências. Nós temos que saber que o Brasil precisa ter conhecimento e atuar nessa direção, antes que seja tarde.

Parabéns, Ministro, muito obrigado pela sua presença.

Eram as considerações que eu gostaria de fazer. Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Jesus Rodrigues) - Queria aqui explicar que o Deputado Geraldo Resende teve um problema de saúde com a sua esposa. Tinha consulta marcada às 16 horas, então estou aqui na sua substituição.

Queria ver se é possível nós fazermos um bloco só de intervenções e perguntas e, então, o Ministro responder e já fazer as suas considerações finais.

Estão inscritos João Ananias, Dr. Aluizio, José Augusto, Vaz de Lima, Chico Lopes, Aureo, Jesus Rodrigues, Dr. Carlos Alberto e José Mentor.

Gostaria de pedir ainda o poder de síntese de cada um, para que façamos intervenção de 3 minutos, fechando no máximo com 1 minuto. Aos 3 minutos, eu dou um leve toque aqui na mesa, avisando para se fazer a conclusão.

Com a palavra o Deputado João Ananias.

**O SR. DEPUTADO JOÃO ANANIAS** - Sr. Presidente, Sr. Relator, quero saudar o Ministro Padilha, de quem não esperava outra posição. Sabia, pela sua atuação e pelo seu compromisso, que sua posição não era diferente da que V.Exa. externou aqui. Não me causou surpresa, porque nós entendemos, Ministro — acho que o Deputado Vanderlei já disse de forma muito enfática —, essa cruzada. Aqui, não temos nenhuma visão outra que não seja do ponto de vista da saúde pública, dos indicadores de saúde pública e da violência estampada neste País. Os assassinatos são quase 50 mil por ano, 45 mil óbitos por acidentes. Isso é uma epidemia violenta: 90 mil, quase 100 mil pessoas, e

grande parte disso associada a bebidas alcoólicas, nos acidentes, fora as morbidades, o espancamento das mulheres. Então, é uma epidemia grave no nosso País.

Quando V.Exa. aborda hoje — foi lançada, e não pude ir por conta da reunião da Comissão de Seguridade Social e Família — a questão do *crack*, é fundamental. Mas V.Exa. também fez um reparo importante aqui “*O mais grave, na realidade, é a questão do álcool*”. E esta Comissão — não vou repetir, ele já disse — percorreu distâncias, ouviu muita gente, há material imenso. Aliás, gostaria de propor que se feche esse acervo de material, de propostas, de dados, com esses dados que V.Exa. trouxe aqui, que são importantes, para que disponhamos deles.

Mas, na questão da Lei da Copa, hoje, fiz um pronunciamento na tribuna, mencionando a minha surpresa. Permitam-me citar rapidamente matéria do dia 25 de abril de 2008. Está aqui, no portal Uol:

*“A Confederação Brasileira de Futebol assinou um documento nesta sexta-feira que proíbe a venda de bebidas alcoólicas em partidas organizadas pela entidade. O Presidente da CBF, Ricardo Teixeira, e o Presidente do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais, Marfan Vieira, assinaram hoje um Acordo de Intenções celebrado em 31 de agosto de 2007. Teixeira comemorou a demonstração de seriedade na busca de iniciativas que têm o objetivo de diminuir a violência e garantir a segurança do torcedor brasileiro”. Nas palavras de Ricardo Teixeira, “com a proibição de venda de bebidas alcoólicas, pretende-se reduzir substancialmente a violência nos estádios, o que já está comprovado onde essa proibição acontece. Reduzimos 70% no Mineirão, o Paraná zerou o número de criminalidade, no Ceará se reduziu bastante”.*

E por que volta à tona essa questão? De um lado, estão os interesses do povo brasileiro, da família brasileira, dos cidadãos brasileiros, dos desportistas

brasileiros, que querem ir ao estádio e sair sem serem molestados; de outro lado, está o interesse do lucro de uma entidade transnacional que, muitas vezes, quer superar inclusive as leis, subverter as leis nacionais, como está sendo proposto. E quem vai responder por isso? É uma pergunta que eu deixo.

Se nós aprovamos, neste Parlamento, quem vai ser responsabilizado pelo “um”? Vamos supor que haja só um óbito por conta disso. Quem será o responsável? Nós, que vamos votar isso, vamos trazer de volta isso para os estádios? Eu considero uma temeridade isso. E eu acho, Sr. Presidente, que a moção é pouco. Eu acho que nós temos que transformá-la num movimento contrário à aprovação.

Eu sou médico de emergência e, mesmo em partidas de menos importância no meu Estado, em dia de jogo, era uma calamidade no IJF, na porta da emergência. Eu acho acertadíssima a posição de não vender bebidas e me posiciono de forma veementemente contrária a essa possibilidade por essa visão.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Jesus Rodrigues) - Com a palavra o Deputado Dr. Aluizio.

**O SR. DEPUTADO DR. ALUIZIO** - Exmo, Sr. Presidente, Sr. Relator, Exmo. Sr. Ministro, não me vou furtar em elogiar V.Exa. pela forma como vem conduzindo o Ministério da Saúde. Para nós, que somos profissionais de saúde, deixo aqui muito bem registrado o nosso orgulho por tudo o que vem acontecendo.

Na sexta-feira, agora, vou ao Congresso de Neurotrauma, representando um Parlamentar que visa buscar saídas para que a situação de epidemia do trauma seja de fato enfrentada. Levo para esse congresso todas as ações que o Governo já vem propondo.

A vinda de V.Exa. aqui hoje sinaliza de forma muito clara o interesse e o compromisso que o Governo tem em relação à questão da dependência química, sobretudo do álcool, o grande vilão da sociedade — não só para o dependente químico, mas para toda a família. Todos nós conhecemos isso. E o responsável, para o principal número de mortes de causas externas é evitável.

Eu vou para esse congresso na sexta-feira e vou levar toda a nossa indignação, todo o nosso repúdio, e convocar a Sociedade Brasileira de

Neurocirurgia o SBOT, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, para que façam de fato uma moção de repúdio contra a situação.

Em 2007, a sociedade brasileira se posicionou contra a venda de bebida alcoólica nos estádios. Não se pode agora ceder aos caprichos da FIFA. É um desrespeito à soberania e à cidadania brasileira e às vidas de milhares de brasileiros que vão morrer por conta disso.

Então, fica claro o meu posicionamento, como Parlamentar, neurocirurgião, e o meu repúdio em relação a essa facilitação desta Comissão e, acima de tudo, o meu agradecimento pela postura de V.Exa. frente ao Ministério da Saúde.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Jesus Rodrigues) - Muito obrigado, Dr. Aluizio, que usou até menos que o tempo definido.

Com a palavra o Deputado José Augusto.

**O SR. DEPUTADO JOSÉ AUGUSTO** - Também queria parabenizar o nosso Ministro, Sr. Presidente, Sr. Relator, e observar a preocupação que o Governo Federal, por intermédio de seu Ministro, pelo relato que fez aqui, tem com esse tão grande mal que é o alcoolismo. E sabemos também do prejuízo que isso vem dando ao Estado, à Nação, aos hospitais, pela violência no trânsito, pelas drogas, pelos dependentes químicos, psicológicos, enfim, tudo isso que foi dito até agora aqui.

E vejo que o Governo tem feito um grande esforço, segundo a palavra do Sr. Ministro. Sr. Ministro, tenho um projeto de lei em tramitação que obriga a inclusão no ensino fundamental de matérias como educação no trânsito, defesa do meio ambiente e conscientização no combate às drogas. Eu acredito que, se a criança na escola, no ensino fundamental, nos primeiros anos de vida, for conscientizada, amanhã, na sua adolescência ou na juventude, já trará dentro de si, na sua cabeça, na sua consciência o que a escola já lhe mostrou sobre o mal que fazem as drogas, o alcoolismo, a questão do trânsito. E também o meio ambiente, porque o mundo inteiro o tem destruído. Teremos a partir de então, com essa matéria obrigatória nas escolas, uma nova consciência de um batalhão de novos filhos brasileiros e pernambucanos, como eu; baianos, como o senhor. E, a partir de então, dessa matéria na escola, com nossas crianças conscientizadas, poderemos melhorar o mundo.

Hoje, estamos gastando muito para combater o que existe. Não é verdade? Vejo o esforço do Governo, e como se está gastando! Basta colocar mais um professor, de mais uma matéria, segundo meu pensamento, como disse ao Sr. Ministro e na conversa com outros Ministros. Isso é importante e vou levar ao Ministro da Educação, para que coloquemos essa matéria em pauta.

Quero de antemão parabenizar V.Exa., que tem sido um superministro. Temos visto seu esforço, sua seriedade, sua vontade de ver este Brasil como queremos, como sonhamos. E só tenho a parabenizá-lo.

É isso aí. Muito obrigado pela participação.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Jesus Rodrigues) - Muito obrigado, Deputado José Augusto.

Com a palavra o Deputado Vaz de Lima.

**O SR. DEPUTADO VAZ DE LIMA** - Boa tarde, Ministro.

Sou de Oposição, mas não vou me furtar também a elogiar importantes ações que seu Ministério tem realizado, como esta do *crack*, que foi lançada hoje. É uma coisa boa, que tenho que ressaltar. Aliás, disse pela manhã, em uma das Comissões, que ficamos envergonhados de ter que ficar fazendo tudo o que estamos fazendo, essas acusações, essas coisas que aparecem contra os Ministros. Quando aparece algo bom temos que se ressaltar. Então, quero dizer isso.

Tenho preocupação com esse tema há muito tempo. Quando estava em São Paulo até aprovei lá um projeto de lei — Macris era meu colega lá — no sentido de impedir a propaganda de bebida e de cigarros perto das escolas. Era meu gesto, um pouco o meu grito de alerta naquele momento, já desde aquela época.

Depois, tive o privilégio de ser, junto com o Governador José Serra, um dos autores intelectuais da lei contra o fumo, que está dando tanto resultado no Estado de São Paulo e que serve de exemplo a todo o País.

Ficamos só enxugando gelo, não é? Então, temos que enfrentar. Sabemos das dificuldades, dos *lobbies* que enfrentamos, de todas essas coisas. Mas acho que estamos no caminho certo. Esta Comissão, na minha avaliação, deu e dará uma grande contribuição, todos os que participaram aqui quanto a esse tema.

Mas quero fazer aqui duas observações e finalizar com algo que achei muito interessante, que V.Exa. disse aqui. É bastante dinheiro que vamos investir. Talvez não seja nem o suficiente. Precisamos investir bem, Ministro. Há muitas entidades boas. Agora há pouco, tivemos de fazer grandes críticas às ONGs, mas há muitas organizações boas, associações que trabalham nessa área e que podem dar grande contribuição a essas comunidades terapêuticas, que precisam ser preparadas, profissionalizadas, conforme o senhor já bem colocou.

Mas precisamos, desde logo, fazer conosco e com a sociedade um compromisso: cada tostão que entrar vai ser bem fiscalizado, para não correremos o risco de malandros e bandidos gastarem esse dinheiro de forma indevida. Acho que essa é uma coisa que o senhor tinha de fazer como padrão e falar com clareza sobre isso. Quem entrar nessa deve ir para a cadeia, porque não é possível pensar nisso.

Eu queria sugerir uma coisa ao senhor. O senhor falou bastante em integrar as ações. A minha esposa é Secretária de Assistência Social no Município e trabalha muito com essa história de morador de rua. Então, hoje estou ficando especialista nisso. O senhor estava falando de busca ativa, etc. Lá em casa se fala nisso todo dia. Penso que seria muito importante, Ministro, que o senhor ajudasse, junto com os demais Ministros, a fazer uma campanha de integração mesmo das ações da saúde. Há uma resistência enorme nas polícias de trabalharem juntas. Só assim vamos encontrar a saída, ou seja, fazendo a integração.

Finalmente, peço permissão a V.Exa. porque vou “twitter” isso numa frase que o senhor disse para sintetizar esse assunto. O senhor disse: *“Só seremos capazes de ter sucesso em tudo isso, se formos capazes de reconstruir o projeto de vida das pessoas”*. Quero colocar isso no Twitter, com a sua permissão, porque acho que esse é o sentido maior de tudo isso que queremos.

Obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Jesus Rodrigues) - Agora tem a palavra o Deputado Chico Lopes.

**O SR. DEPUTADO CHICO LOPES** - Queria parabenizar o Ministro pela maneira como vem conduzindo o Ministério, preocupado com todo o segmento da saúde e, como disse o Deputado que me antecedeu, com a integração.

Queria fazer uma observação quanto ao morador de rua, para que houvesse uma preocupação. O morador de rua, geralmente, se não é ligado a tóxico ou a qualquer outra coisa, fez uma opção. Esse não está interessado em sair da rua. Ele está interessado em que haja um hotel rotativo em que ele possa tomar banho, comer e às vezes até descansar, mas estar na rua é uma opção.

Faço parte de um grupo em Fortaleza que trabalha com isso. Às vezes, o morador de rua termina passando como marginal, como uma pessoa que tem problema de ordem, mas não é o caso. Uma boa parte está na rua por opção. Ele não quer saber de morar em casa de ninguém e quer morar no meio da rua.

Segundo, quero parabenizar o senhor pela coragem de se colocar contra essa questão da bebida e responsabilizar os Deputados, porque essa decisão está nas nossas mãos. Parece até que está do outro lado. Não! Está aqui. Esta Casa será responsável por votar uma medida para atender meia dúzia de ganhadores de dinheiro com a miséria dos outros. Não podemos colocar a culpa do outro lado. A culpa está dentro desta Casa. Temos de ter a coragem de enfrentar os que são a favor dessa imoralidade, porque eles não sabem o que é um hospital, não sabem o que é ter uma pessoa alcoólatra dentro da sua casa, não sabem o vexame que se cria para a família e para a sociedade.

Quero lamentar que não possamos votar a regulamentação da Emenda 29 para colocar mais dinheiro no Ministério e ter essas ações com maior rapidez. Acho também que é outra responsabilidade nossa. Somos danados para achar que os outros é que são os culpados, o filho do vizinho é que é o vagabundo, e o meu não entra nessa história. Estou abrindo meu coração porque me sinto responsável, e a palavra do senhor me incentivou a ir para esse confronto.

Quero parabenizar o Deputado Macris, mesmo que seja de Oposição. A mim não interessa. Interessa-me que o relatório dele está dentro de uma realidade e vem ajudar o povo brasileiro. Parabéns aos dois.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Jesus Rodrigues) - Muito bem, Deputado Chico Lopes.

O próximo a falar é o Deputado Aureo. Após a sua fala, eu gostaria de encerrar a participação dos Deputados. Quem quiser se inscrever aproveite o período durante a fala.

**O SR. DEPUTADO AUREO** - Boa tarde, Sr. Ministro. Boa tarde, Deputados presentes.

Primeiro, é uma alegria ver a preocupação do Ministro com a questão da liberação das bebidas nos estádios do nosso País. Sou Deputado pelo Estado do Rio de Janeiro, Estado que tem contribuído muito com a diminuição de mortes em estradas do nosso País, porque temos a Lei Seca no Estado, no Governo Sérgio Cabral. E vemos essa medida como um contrassenso. As famílias hoje podem ir ao estádio assistir a um jogo de futebol porque não há bebidas ali.

Sabemos que a realidade da Copa do Mundo, conforme foi falado, é diferente. É outro público, é um público diferenciado, mas sabemos que depois há uma ação da Lei Seca na porta dos estádios para coibir o uso de álcool com direção.

É preciso se resolver nesta Casa, na votação de hoje, a não liberação da venda de bebidas alcoólicas, porque isso vai dar uma abertura muito grande para a prática continuar depois da Copa do Mundo nos estádios brasileiros.

Ministro, quero parabenizá-lo pelo trabalho de combate ao *crack* em nosso País. É muito importante hoje, neste cenário, V.Exa. reconhece que há uma epidemia de *crack* em nosso País.

Sou morador de Duque de Caxias, na Baixada Fluminense, e ali enfrentamos hoje um problema muito grave, porque não temos ainda um centro especializado de recuperação em dependência química. As ações do Estado do Rio de Janeiro estão muito voltadas para a Capital. Quando se chega à Baixada, não se vê nenhuma comunidade terapêutica ali hoje, porque há dificuldade de se fechar um convênio tanto com o Governo Federal quanto com o Governo Estadual. E o Município não tem uma política voltada para a recuperação do dependente químico nem para a prevenção.

Fiz uma indicação ao Ministério com o intuito de criarmos uma cartilha, um *kit* antidroga, para ser colocada em debate nos colégios, porque hoje é importante tratar da prevenção dessa doença. É importante não ficarmos tratando só da recuperação, porque se chegou a um estágio em que a recuperação requer muito recurso público. E sabemos da dificuldade de se enfrentar essa questão do

*crack*. Vemos o esforço da Presidenta Dilma, do Ministério da Saúde, mas sabemos que é difícil mudar essa realidade.

Temos que trabalhar a prevenção para que esse número não cresça no País. Poderíamos trabalhar uma cartilha para todos os alunos debaterem esse tema nos colégios, conforme a faixa etária, a fim de evitar que o adolescente, o jovem, use drogas e álcool de maneira excessiva.

Mas eu fico feliz em ver as medidas que o Ministério está tomando, em ver o trabalho que V.Exa. está desenvolvendo à frente do Ministério da Saúde. E é uma alegria muito grande, como brasileiro, ver o Ministério da Saúde funcionando da forma como funciona hoje, com muita eficácia.

Então, V.Exa. está de parabéns! Continue conduzindo com seriedade o trabalho de combate ao *crack*, porque, com certeza, vamos mudar a realidade deste País no que diz respeito ao combate às drogas.

Obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Jesus Rodrigues) - Bom, agora falará o Deputado Jesus Rodrigues, que sou eu mesmo.

Eu queria também parabenizá-lo, Ministro, pelo trabalho abrangente que estamos vendo e aproveitar a oportunidade para entregar esta separata que eu redigi em parceria com a minha assessoria de imprensa de Teresina. *A marca no fundo do copo* pode ter a simbologia de que muitas vezes a pessoa vai para o fundo do poço por ingestão excessiva de bebidas.

Por conta disso e com essa preocupação, por ter sido gestor do DETRAN, quando cheguei à Câmara, um dos primeiros projetos que apresentei está aí relatado, foi o PL 478 — o Ministro inclusive o citou —, que proíbe o poder público de adquirir bebida alcoólica. O recurso público não poderia ser usado para adquirir bebida alcoólica, nem no local onde o poder público é exercido poderia ser servida bebida alcoólica de nenhuma natureza.

Por incrível que pareça, estou tendo alguma resistência, Ministro, com o Itamaraty, que apresentou algumas dificuldades para, em algumas cerimônias internacionais, não oferecer bebida alcoólica. Também acho que seria educativo, e dá para colocar cajuína.

Recentemente, também apresentei um projeto de lei que coloca um dinheirinho no Ministério da Saúde. O projeto estabelece que qualquer pessoa

que dirigir alcoolizado ou sob efeito de qualquer outra substância psicoativa e sofra ou cause a outro acidente terá de ressarcir o SUS das despesas com saúde com o seu atendimento e tratamento para sua recuperação. Esse pode ser também um fator inibidor para as pessoas que tenham esse costume de misturar bebida e direção.

Eu tenho visto muitos depoimentos, muitos pronunciamentos na tribuna da Câmara sobre essa questão da bebida alcoólica e direção. É um assunto que tem, com certeza, muita gente sensibilizada para ele.

Infelizmente vi aqui o quadro de presença de bebida alcoólica e direção na minha cidade, Teresina, e queria dizer, Ministro, que, por mais que façamos leis aqui, elas, sozinhas, não serão suficientes. É preciso fiscalização. É preciso que tenhamos repressão também, mas a fiscalização... Eu perdi na Lei Seca, embora tenha ajudado a elaborar a lei — eu era diretor do DETRAN na época —, porque sem a fiscalização, sem o homem no chão para executar o serviço, para aplicar o bafômetro, medir a alcoolemia, ela se tornou ineficaz, e não tivemos sucesso na sua aplicação.

Finalizando, queria dizer que, como resultado disso aqui — também está aqui nesta separada —, um conjunto de projetos de lei está rodando a Câmara Federal, falando sobre diversos assuntos. Inclusive o do Deputado João Ananias se encontra aqui citado, nas págs. 16 e 17 da separata. Eu trouxe alguns para a Mesa, mas a assessoria tem aqui. Quem quiser pegar ainda temos algumas cópias. Que possamos fazer uma consolidação disso dentro do relatório, para apresentar à Casa, a fim de que possamos então aprovar um conjunto de medidas que venham a inibir o uso excessivo de bebida alcoólica, não só entre motoristas.

E quanto os centros de recuperação, queria parabenizá-lo pela iniciativa de ter atenção para os alcoólatras e sugerir também que o fumo fosse tratado nesses centros, porque eu vejo e reconheço que muita gente tem dificuldade para deixar de fumar. Em alguns debates, inclusive, colocam para nós que as folhas de fumo estão cada vez mais poderosas, viciando muito mais rápido as pessoas. E a dificuldade de largar o vício do fumo é muito grande. Então é preciso realmente que as pessoas também tenham esse acompanhamento.

Concedo a palavra ao nobre Deputado Carlos Alberto.

**O SR. DEPUTADO CARLOS ALBERTO LERÉIA** - Sr. Presidente, Sras. e Srs. Deputados, meu caro Ministro Alexandre Padilha, em novembro de 2008, na qualidade de Subsecretário de Estado, no Rio de Janeiro, fui chamado pelo Governador Sérgio Cabral e pelo Secretário de Governo Wilson Carlos, que estavam reunidos com o Dr. Marcos Musafir, que havia sido Presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia.

Naquela oportunidade, o Dr. Marcos Musafir foi ao Governador e ao Secretário de Governo Wilson Carlos para falar sobre a carnificina que ocorria no mundo, com 1 milhão e 300 mil mortes em acidentes de trânsito, segundo a Organização Mundial de Saúde.

E naquela oportunidade o Governador Sérgio Cabral me incumbiu de formatar uma política pública, eis que, apesar da Lei Seca, a Lei Federal 11.705, que, na verdade, nos primeiros 4 meses, com o seu impacto, conseguiu reduzir o número de acidentes, estes começaram a crescer novamente, de maneira exponencial.

Formulamos essa política pública, Ministro, que é o projeto mais importante da minha vida profissional. Ouviu, Deputado Vanderlei Macris? Estou há 46 anos na vida pública. Vim para Brasília, em 1974, criar o Ministério da Previdência, com o Ministro Nascimento e Silva, e fiz muitos projetos, mas a Operação Lei Seca no Estado do Rio de Janeiro é o projeto da minha vida. Por uma simples razão: salva vidas. Ao longo de 30 meses ininterruptos, já salvamos mais de 6 mil vidas.

E, para nossa satisfação, assim que cheguei ao Congresso, como debutante, officiei a todos os Governadores brasileiros, e 11 Estados estão adaptando a Operação Lei Seca, o que nos dá um conforto muito grande, porque não é possível o nosso País perder 62 mil vidas por ano. Porque não é verdade o que dizem, inclusive a revista *Veja*, a revista *ISTOÉ*, afirmando que quarenta e poucas mil pessoas morrem. Não são quarenta e poucas mil pessoas. O que está registrado ali são as pessoas que morrem no ato do acidente. E as que vão para o hospital e morrem duas semanas depois?

Segundo o DPVAT, nos últimos levantamentos que fez, são 62 mil mortes, 40 bilhões de reais que o Brasil gasta em despesa médico-hospitalar, em despesa

previdenciária e com seguros judiciais. São 170 mortes por dia. No Estado do Rio de Janeiro, 35 mil pessoas ficam feridas por ano, 2.500 pessoas morrem.

Ministro, eu queria fazer esse registro para V.Exa. e dizer o seguinte, com relação a essa mudança que querem fazer na lei no tocante ao álcool nos estádios: isso é uma tragédia anunciada! Isso é uma tragédia anunciada! Nós temos que realmente, Deputado Macris e Deputado Jesus, como disse o Deputado que nos antecedeu, não só fazer uma moção, mas fazer um movimento para realmente defender a nossa soberania nacional e apontar o número de mortos que vamos ter em nosso País. Vamos potencializar esse número de mortes.

Quero também parabenizá-lo, Ministro, porque ao longo de 46 anos de vida pública vi muitos Ministros e, sem demérito para todos eles, eu quero dizer que V.Exa. vem fazendo um trabalho extraordinário de recuperação da saúde em nosso País, a qual, infelizmente, como todos nós sabemos, ainda deixa a desejar.

Eu queria, finalmente, como cidadão itaboraiense, Ministro... A Presidente Dilma Rousseff deu aos Deputados novos 1,5 milhão de reais em emendas ainda este ano. Estive com o seu assessor Parlamentar, Dr. Edson, e quero dizer o seguinte: Itaboraí está fazendo o COMPERJ lá e, no entorno do COMPERJ, há a deflagração de drogas e de prostituição.

Então, queria pedir, encarecidamente, que se liberasse essa emenda para Itaboraí, porque Itaboraí hoje tem 300 mil habitantes e terá, em 2014, 1 milhão de habitantes.

Finalmente, Ministro, eu quero oferecer ao senhor um novo equipamento que vai minorar a situação da Lei Seca. Eu trouxe aqui para oferecer a V.Exa.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Jesus Rodrigues) - Concedo a palavra ao nobre Deputado José Mentor.

**O SR. DEPUTADO JOSÉ MENTOR** - Sr. Presidente, inicio me desculpando por não ter podido ouvir a fala do Ministro e a do Deputado Macris. Mas não podia deixar de vir aqui para cumprimentar V.Exa. e os demais membros da Comissão e, em especial, o Ministro Alexandre Padilha, porque S.Exa. é responsável hoje por um dos Ministérios mais importantes do País, com muitos problemas, é verdade. Mas ele, com muito dinamismo, com iniciativas

com padrão de ação muito ágil e com muita coragem tem sabido enfrentar os desafios que a saúde exige em nosso País.

Aprendi com um grande médico, o Dr. Ronaldo Laranjeira, que a bebida é a porta para o *crack*. E nós estamos falando das duas coisas, da bebida e do *crack*. Então, nós temos que saber da dimensão exata do que estamos pensando.

E aí, Ministro Padilha, acho que avançamos muito na questão da restrição à propaganda, na Lei Seca, em muitas coisas, mas ainda temos valores culturais que devem ser enfrentados por todos nós, porque muitas vezes Prefeituras, Estados, a própria União, pensando num retorno quase que imediato de arrecadação de impostos, de receita, acaba por incentivar atividades que levam a gastar esse dinheiro depois no SUS, na Previdência, no trânsito, naquilo que gera os traumas físicos, naquilo que produz as relações deterioradas da família, que desagrega e que leva ao álcool e ao *crack* novamente. Então, é um ciclo vicioso que temos que saber enfrentar.

Muitas vezes, pensando no retorno mais imediato, para oferecer diversão à juventude, oferecer um *show*, oferecer uma atividade turística, etc. e tal, acaba-se incentivando o uso da bebida, o que leva mais uma vez ao *crack*.

Queria cumprimentar as suas iniciativas e agradecer a sua presença mais uma vez aqui.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Jesus Rodrigues) - Concedo a palavra à nobre Deputada Carmen Zanotto.

**A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO** - Muito obrigado ao nosso 1º Vice-Presidente, o Deputado Jesus Rodrigues.

Quero cumprimentar o Relator da Comissão, o Deputado Macris, e especialmente o nosso Ministro Alexandre Padilha. Agradeço a S.Exa. por estar mais uma vez em nossa Casa.

Minha fala é muito semelhante à dos demais Parlamentares, porque sou gestora da saúde — fui Secretária Municipal e Estadual — e estou conseguindo acompanhar de perto a implementação de alguns programas que já existiam no Ministério e a criação de novos programas.

Eu me atrasei um pouco porque estava numa audiência com o Presidente do INSS, Dr. Mauro, e eu disse qual era a pauta da nossa reunião aqui, Ministro.

E ele me pediu que eu também falasse sobre a preocupação do INSS com relação ao consumo do álcool.

Então, Deputado Macris, eu acho que nós devemos, aqui na nossa Comissão sobre Consumo de Bebidas Alcoólicas, não só fazer as moções, como fizemos na Comissão de Seguridade Social e Família, mas também fazer um movimento no dia da votação do relatório, na Comissão Especial da Copa. Precisamos efetivamente fazer um movimento nesta Casa. Por quê? Porque o Governo já assumiu o compromisso, e aquele foi o momento talvez para que tivessem sido acertados os critérios. Como nós Parlamentares não assumimos esse compromisso, nós podemos isentar o Governo da não permissão da venda de bebida alcoólica nos estádios. Por quê? Porque esta Casa é que não vai permitir isso.

Acho que a responsabilidade está nas nossas mãos. Não podemos transferi-la para nenhuma outra Casa. Exatamente como disse o Deputado Chico Lopes, nós precisamos, nesta Casa... Ainda mais agora que a sua posição é idêntica à nossa. E a posição de outros órgãos do Governo também é, em função da preocupação que temos não só com todos os óbito que temos, mas também com as pessoas que ficam inviabilizadas para o trabalho em função das consequências de um acidente.

Parabéns mais uma vez, Ministro, pelo seu trabalho, por toda a sua equipe. Sempre que ligamos ou vamos até lá, todos nos acolhem — digo isso pessoalmente — muito bem.

Muito obrigada pelo apoio com relação a não permitirmos o consumo de bebidas alcoólicas nos estádios de futebol. Os restaurantes vão poder continuar vendendo, os bares vão poder continuar vendendo. Nós não estamos proibindo as pessoas de beberem no Brasil — aqueles que gostam. Apenas vão consumir no lugar certo, e não onde a nossa lei já proíbe.

Parabéns, Ministro!

Deputado Macris e Deputado Jesus, acho que precisamos efetivamente mostrar a importância da nossa Comissão. Se ela não teve visibilidade até agora, talvez passe a ter a partir desse episódio do consumo sendo liberado pela Comissão Especial. Mas tomara que consigamos vencer essa etapa ainda na Comissão Especial.

Obrigada.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Jesus Rodrigues) - Antes que os dois últimos inscritos, Deputados Amauri Teixeira e Paulo Freire, usem da palavra, eu gostaria de ler aqui a moção, para o caso de alguém não a ter assinado ainda.

Diz a moção:

*A Comissão Especial de Bebidas Alcoólicas, no curso dos seus trabalhos, teve diversas oportunidades de verificar os muitos males causados à população e à sociedade brasileira pelo etilismo desmedido.*

*Uma das medidas mais auspiciosas foi, sem dúvida, o banimento da venda de bebidas alcoólicas em estádios de futebol, o que evitou um grande número de episódios de violência e até mortes, desde sua implementação.*

*Desta forma, apresentamos a V.Exa. a moção de repúdio a qualquer relatório ou formato final da Lei Geral da Copa ora em tramitação nesta Casa que permita a venda de bebidas nos estádios durante os jogos da Copa do Mundo.*

*Sala de sessões, 7 dezembro de 2011.*

E aí vêm as diversas assinaturas.

Concedo a palavra ao nobre Deputado Amauri Teixeira.

**O SR. DEPUTADO AMAURI TEIXEIRA** - Primeiro quero aqui declarar minha satisfação em esta Comissão ter produzido o resultado final. Quero parabenizá-los. Sempre tenho feito isso. Quando o Deputado Vanderlei Macris se pronuncia em plenário, eu o parabenizo pela sua insistência, pela sua determinação em relação ao tema.

Quero parabenizar também o Deputado Jesus Rodrigues e todos os membros desta Comissão, porque acho que esta é uma das questões centrais no Brasil, principalmente para nós que vivemos na área da saúde, ou que temos uma atuação voltada para o SUS, ou que tivemos alguma uma experiência como autoridade sanitária.

O álcool, por si só, não traz consequências danosas do Sistema Único de Saúde — SUS, mas ele é hoje um dos elementos centrais da nova epidemia, o trauma decorrente de acidente automobilístico, principalmente com motocicleta, que mostra uma associação grande entre o álcool e os acidentes que levam ao politrauma. Já temos problema histórico com a nossa urgência e emergência, Dr. Carlos Alberto, e cada vez mais esse problema tem-se agravado, em função do número de acidentes ocorridos com veículos, com motocicletas. Por isso eu quero parabenizar os membros desta Comissão.

Quero também parabenizar o Ministro Padilha, que é o Ministro campeão de vindas a esta Casa. O Ministro Padilha está sempre disposto a dialogar, está sempre disposto a nos escutar. Tem conduzido o seu Ministério de forma absolutamente aberta, não só aos Deputados aliados, mas a todos. Recebo elogios de todos os Deputados em relação a sua condução no Ministério, não só por essa postura republicana que V.Exa. tem tido, mas também pela sua postura muito ativa. O Ministério de V.Exa. talvez tenha sido aquele que mais programas implementou em 1 ano de gestão. Então, quero parabenizá-lo e dizer que, também por essa posição firme contra o álcool, V.Exa., como autoridade sanitária, tem que se somar a nós. Porque há algumas coisas simbólicas.

Eu sou frequentador do Barradão. Aliás, V.Exa. é campeão também não só por isso, é campeão...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Jesus Rodrigues) - V.Exa. dispõe de 3 minutos.

**O SR. DEPUTADO AMAURI TEIXEIRA** - Eu torcei pelo Corinthians...

**(Não identificado)** - Somos todos campeões, ouviu?

**O SR. DEPUTADO AMAURI TEIXEIRA** - Eu sou Vitória, torci pelo Corinthians, em homenagem a Lula, e, no final, em homenagem a Sócrates e, por tabela, a V.Exa. Não sou corintiano, eu sou Leão da Barra, embora o nosso time esteja na segunda divisão.

Mas sou frequentador do Barradão. Inclusive há o nosso grupo lá. Nós tomávamos cerveja no Barradão, quando era permitido. E sempre discutíamos isso, não é? O álcool nos estádios é simbólico. Aquele é um ambiente de prática de esporte. Então, nós não podemos, em um ambiente de prática de esporte, permitir o consumo de bebida alcoólica, o que, por si só, é uma contradição. A

cultura no Brasil é tão deformada que há emissora de rádio que dá como prêmio ao melhor jogador uma caixa de cerveja, como eu já vi. Quer dizer, premiar o melhor jogador com uma caixa de cerveja!

**(Não identificado)** - Só os peladeiros.

**O SR. DEPUTADO AMAURI TEIXEIRA** - E jogador de futebol ou técnico de futebol fazer propaganda de bebida alcoólica!

Nós não podemos cometer esse erro. Nós devemos ter um gesto simbólico. Dentro de ambientes de promoção da saúde, porque a prática do esporte é para promover a saúde, nós não devemos ter estímulo a um tipo de consumo que agrava as condições de saúde.

Então, eu quero, mais uma vez, parabenizar V.Exa. por se somar aos Parlamentares. Parabenizo os Deputados Macris, Jesus e todos os membros da Comissão pelo esforço que têm destinado ao enfrentamento desse tema. Nós temos resistência dos meios de comunicação. Eles que tanto falam na saúde do povo se rendem ao poder do capital, ao patrocínio das empresas de bebida.

Nós não podemos render-nos. Nós devemos ter responsabilidade sanitária e combater firmemente o álcool naquilo que ele tem que ser combatido.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Jesus Rodrigues) - Já havíamos encerrado as inscrições, e o Ministro já deve estar com o tempo estourado, mas ainda há para falar o Deputado Paulo Freire e, fora do tempo, a Deputada Keiko Ota e o Deputado Mandetta.

Com a palavra o Deputado Paulo Freire.

**O SR. DEPUTADO PAULO FREIRE** - Eu vou ser bastante rápido, Sr. Presidente Jesus Rodrigues.

Eu quero cumprimentar todas as Sras. e os Srs. Deputados e o Ministro Padilha — nosso superministro. Eu quero aproveitar e parabenizar o Ministro pela sua grande atuação no Ministério. Quero dizer ainda, Sr. Ministro, que muitas vezes me fazem aqui na Casa algumas perguntas, em pesquisas no corredor, e sempre me perguntam: “Qual é o melhor Ministério na sua visão?” Eu sempre digo que é o Ministério do superministro”. Aí eles perguntam: “Quem é o superministro?” Eu digo: “É o Ministro Padilha”.

Eu digo isso, Ministro, não é por outra questão, mas porque eu li em um livro bastante conhecido — acho que é o livro mais lido em todo o mundo — uma

história sobre um servo inútil. E a história mostra que servo inútil é aquele que faz somente aquilo que lhe foi delegado fazer. Mas existe o servo voluntário, que é aquele que faz muito mais do que aquilo que lhe confiado fazer.

E eu tenho analisado, no decorrer desse tempo, Ministro, acompanhando o seu trabalho, que V.Exa. realmente tem sido um servo voluntário. E tem provado essa dedicação com os seus feitos, com os programas que o senhor tem criado e colocado no Ministério da Saúde. E, mais do que isso tudo, aquela sua ação de ir à Cracolândia, em São Paulo, demonstrou a sua dedicação e o seu sentimento em querer realmente ver um Brasil melhor.

Eu quero me somar à fala de todos os companheiros Parlamentares desta Comissão do Consumo de Bebidas Alcoólicas e dizer que estou com eles no que concerne à venda de álcool nos estádios na Copa. Estamos juntos nessa luta.

Termino minhas palavras dizendo, Ministro, que eu acredito muito na prevenção, porque ela vai trazer muito menos gasto para o Estado, para a nossa Nação. Nós temos condições de fazer a prevenção no seio do lar, da família, através da assistência social, do próprio terceiro setor, de entidades que podem nos ajudar nesse trabalho. Eu tenho certeza absoluta de que isso vai render um lucro muito grande para a nossa Nação, e poderemos criar mais programas de prevenção contra o uso de álcool.

Parabéns, Sr. Ministro!

Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Jesus Rodrigues) - Deputada Keiko Ota.

**A SRA. DEPUTADA KEIKO OTA** - Boa tarde a todas e a todos. Quero cumprimentar os Deputados Vanderlei Macris e Jesus Rodrigues e o Ministro Padilha, que tanto admiro.

Eu quero dizer, como já foi dito aqui, que os grandes problemas sociais que assolam a família brasileira são a violência urbana, o alcoolismo e o *crack*. Mas eu não acredito que existam pessoas que queiram se drogar ou usar abusivamente o álcool. Existe uma causa para isso. Tudo o que nós falamos aqui — e achei de extrema importância esse programa do Governo — vai contribuir para combater o efeito dessa violência que assola a família. Mas também temos que pensar na prevenção, irmos à causa.

Eu acredito que uma pessoa que usa abusivamente o álcool tem um trauma adquirido lá na infância, junto à família. É preciso que exista uma política pública nas escolas, com atendimento psicológico, para ajudar na prevenção, porque a cura é mais rápida quando se faz o diagnóstico antes. Então, há que se investir fortemente na prevenção, com profissionais que ajudem essas crianças. Estamos vendo que isso está virando uma epidemia, e temos que começar a atuar com as crianças.

Obrigada.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Jesus Rodrigues) - Muito bem. Usou só 1 minuto e 36 segundos.

Com a palavra o Deputado Mandetta.

**O SR. DEPUTADO MANDETTA** - Obrigado, Sr. Presidente, por me conceder essa exceção. Cumprimento o Sr. Relator, Deputado Macris.

Ministro Alexandre, é um prazer vê-lo novamente nesta Casa. O senhor tem sido um Ministro extremamente presente na Casa, o que muito nos honra.

Eu gostaria de lembrar que neste domingo nós perdemos o Sócrates, colega médico, ídolo da nação corintiana, ídolo dos brasileiros. Eu não sou corintiano, mas perdi talvez a única figura de referência pró-democracia da minha geração, que era Sócrates. Perdemos — aqui em Brasília parece-me que esse é o nome do estádio — Mané Garrincha, grande ídolo do meu Botafogo, esse, sim, o time no qual eu persistentemente continuo a acreditar. Com certeza, essas pessoas serão lembradas na Copa do Mundo de 2014 em cada gole de cerveja que se tomar nos estádios brasileiros.

Eu gostaria que o senhor, como autoridade sanitária e pelo exemplo que vem dando no Ministério, encampasse a bandeira da Copa sem álcool no Brasil. Nós ainda não conseguimos avançar quanto à imposição da parte comercial pela propaganda. Nos debates que aqui fizemos, observamos uma resistência muito grande dos meios de comunicação pelo grande investimento que se faz na propaganda da bebida alcoólica. Mas que pelo menos possamos poupar do consumo ostensivo as milhares de crianças que vão vivenciar essa Copa do Mundo e ir um pouco na direção do que a Deputada Keiko Ota disse, no sentido de não darmos esse mal exemplo às nossas crianças.

Cheguei um pouco atrasado aqui porque estávamos encerrando os trabalhos na Comissão de Enfrentamento às Drogas, junto com o Relator, o Deputado Givaldo Carimbão.

Parabenizo o senhor pelo anúncio e peço-lhe que leia com carinho o relatório final dessa Comissão, que aponta algumas ações que podem ser tomadas e que não significarão, em espécie alguma, retrocesso na nossa política de saúde mental. Não há nada contra a luta antimanicomial, mas precisamos da internação prolongada para esses pacientes poderem ser reinseridos, talvez com a participação das comunidades terapêuticas, visto que há uma crise basicamente de valores, e ali podemos trabalhar com um pouco mais de tempo, para que nós — eu, que fui gestor municipal e sofri muito com a questão da infantilização do uso das drogas no meu Estado — possamos ter pelo menos mais uma ferramenta na luta tão desigual da sociedade em favor de uma juventude mais sadia.

Quero dizer que consegui, na sexta-feira, no MERCOSUL, fazer a proposição e ter o aceite dos pares para que seja criada a Comissão de Enfrentamento às Drogas no âmbito do MERCOSUL e da América do Sul. Quando o senhor receber o convite, lembre-se da participação do Brasil, que é muito importante como indutor de políticas sadias na América do Sul.

Por último, quero solicitar a V.Exa. que abra no orçamento do Ministério da Saúde um espaçozinho para as emendas dos Deputados que só olham para a saúde, que vivem a saúde e que apresentam suas emendas imaginando estar colaborando com V.Exa. na execução das ações de saúde, como é o caso deste Parlamentar que vos fala.

No mais, agradeço a V.Exa. a presença sempre ativa à frente do Ministério. **O SR. PRESIDENTE** (Deputado Jesus Rodrigues) - Antes de passar a palavra ao Ministro para as respostas e as considerações finais, consulto o Plenário sobre se há alguém contra a aprovação da moção anunciada pelo Relator, o Deputado Vanderlei Macris. (*Pausa.*)

Como não houve manifestação contrária, consideramos a moção aprovada.

Passo a palavra ao Ministro Alexandre Padilha.

**O SR. MINISTRO ALEXANDRE PADILHA** - Agradeço ao Sr. Presidente, ao Sr. Relator, às Sras. e aos Srs. Parlamentares as palavras.

A nossa relação vem desde o aprendizado que tive já na condição de Ministro das Relações Institucionais, no Governo Lula, e agora ainda mais, como Ministro da Saúde. A relação com os Parlamentares, com o Congresso Nacional, além de ser um reconhecimento do papel que cada Deputado e cada Deputada tem na defesa dos interesses específicos da sua região, do seu segmento, decorre também do fato de colaborarem com o aprimoramento das nossas políticas e programas. Um exemplo é o plano que lançamos hoje, que busca construir uma rede de atenção para as drogas — álcool e *crack*. Houve intenso debate com vários Parlamentares que se envolveram nas Comissões. Outro exemplo é o trabalho que vem sendo desenvolvido por esta Comissão, o que nos deixa bastante felizes.

E eu estou, querido Relator, Deputado Vanderlei Macris, esperando ansiosamente esse relatório, que vai sistematizar todo esse debate e vai nos ajudar muito a corrigir um conjunto de políticas no Ministério da Saúde.

O nosso esforço é real no sentido de reorganizar os serviços de saúde, para darmos conta do problema contemporâneo da dependência química — álcool, drogas e *crack*. É exatamente isso.

Disse na minha fala inicial que, por muitos anos, o campo da saúde pública ficou no debate sobre qual seria o melhor tipo de atendimento, o melhor serviço, a forma mais adequada para enfrentar esse problema. Acreditamos que não existe uma única forma, que, sozinha, possa dar conta desse problema. É por isso que a ideia é de uma rede de serviços, entre eles serviços para internação mais prolongada, como as unidades de acolhimento — e, como disse, nossa meta é chegar a 430 até 2014 — e as unidades de acolhimento específicas para o público infante-juvenil; nesse item, nossa meta é chegar a 188 ou a 190 até 2014. E faremos parcerias com entidades que já fazem esse tipo de acolhimento, de internação por período mais prolongado. São quase mil comunidades terapêuticas já cadastradas no Ministério da Justiça que poderão ser nossas parceiras, com a expectativa de ampliar fortemente o número de leitos, de vagas, para as pessoas que precisarem de uma internação prolongada por todos os tipos de droga, inclusive a dependência química do álcool.

Respondendo se isso resolve tudo, se é o suficiente, sou daqueles que nunca me contento com o que fazemos. Temos sempre que aprimorar e avançar cada vez mais no trabalho. No entanto, acho que encontramos o rumo correto agora, de combinar a expansão de leitos por períodos mais prolongados com o consultório nas ruas, com a enfermaria especializada. Enfim, com o conjunto dessa rede, poderemos dar uma abordagem mais abrangente a esse problema.

Segundo, quero chamar a atenção para aquilo que disse o querido Deputado Chico Lopes. Ao reconhecer que o morador de rua está em situação, às vezes, de maior vulnerabilidade para a dependência química, não podemos cuidar dessas pessoas com qualquer tipo de atitude discriminatória. Falei hoje, pela manhã, que a ação de repressão tem que ser contra o traficante, contra o bandido, contra o contrabando. Aos usuários e aos dependentes deve haver ações de serviços públicos com portas abertas, de parcerias com entidades, buscando acolher a pessoa e ajudá-la a reconstruir um projeto de vida.

O que disse o Deputado Chico Lopes eu aprendi como médico. Eu, como médico infectologista, atendi muitos pacientes infectados pelo HIV. No começo, eu tinha dificuldade para entender por que a pessoa queria morar na rua. Não era fácil tratar de uma pessoa com HIV, obrigá-la a tomar os medicamentos. No começo do tratamento, era ainda mais difícil o uso dos medicamentos. Alguns medicamentos tinham que ser tomados depois de comer, outros em jejum. A primeira abordagem nossa era a seguinte: *“Você tem que sair da rua”*. Aprendemos que, às vezes, a pessoa tem a opção de querer viver naquele espaço, e deve haver políticas públicas que possam se adequar a essa opção. O consultório na rua serve para isto: funcionar até 1 hora, 2 horas da manhã, se for necessário; com horários diferentes; de forma móvel; fazer a busca ativa em relação a essa pessoa que vive naquele espaço, sempre, obviamente, oferecendo a ela condições mais adequadas de moradia e, no caso da saúde, condições adequadas de tratamento.

Chama muito a minha atenção, também, e é uma grande preocupação do Ministério da Saúde, a relação do álcool e da dependência química com as populações indígenas. Inclusive, o Presidente Geraldo Resende tem feito um grande esforço para estabelecer uma parceria com o Ministério da Saúde, para um CAPS Álcool e Drogas 24 horas, na comunidade indígena de Dourados.

Informei ao Deputado que estamos tomando uma decisão, no Ministério da Saúde, com a possibilidade, inclusive, de montar centros especializados para a população indígena mesmo de execução direta do Ministério da Saúde. Por alguns motivos, os Municípios, ou o Estado, não têm uma relação mais próxima com a população indígena, por conta da extensão rural, da característica do povo. Há comunidades indígenas que ultrapassam o território de um Município, o território de um Estado. Inclusive, estamos dentro do programa Distritos Sanitários Especiais Indígenas, para poder levar centros especializados, inclusive, se necessário, em execução direta.

É lógico que sempre vamos querer parcerias com o Estado, com o Município, mas, se necessário, faremos através de execução direta.

Quero reafirmar minha posição sobre a Lei Geral da Copa e especificamente fazer um pedido. Acredito que seria um retrocesso, sim, à conquista do Estatuto do Torcedor liberarmos a venda do álcool dentro dos estádios de futebol. A paixão que o povo brasileiro tem pelo futebol não combina com essa droga que é o álcool, um grande vilão, a porta para outras drogas. Ela, por si só, além dos problemas crônicos, pode desenvolver problemas agudos, na relação com a violência no espaço, no estádio de futebol, e no entorno, além dos acidentes de trânsito.

Então, quero reforçar esse pedido como Ministro da Saúde, com a sugestão de que mantenhamos aquilo que está estabelecido no Estatuto do Torcedor e não permitamos que a realização de uma Copa do Mundo venha a possibilitar a liberação da venda de álcool nos estádios de futebol dos campeonatos nacionais e outros eventos esportivos.

Quero reforçar aquilo que já disse, na abertura, o elogio que fiz, inclusive o Ministério da Saúde apoiou a iniciativa do Governo do Estado de São Paulo, à nova lei, na Assembleia Legislativa, que aperta as punições administrativas e penais para os estabelecimentos que venham vender o álcool para menores de 18 anos, algo que já é proibido. Então, que nós possamos reforçar. E, nós temos feito, a partir dessa iniciativa do Estado de São Paulo, inclusive outros Estados também têm feito, colocaram projetos, na Assembleia Legislativa, têm ações. A nossa Agência Nacional de Vigilância Sanitária inclusive está contribuindo com a

Vigilância Estadual para fazer o processo de fiscalização em relação a essa situação.

Não tenho os dados aqui, Deputado Vanderlei Macris, sobre Previdência, mas me disponho a ir atrás desses dados. Sei do impacto, não só na Previdência quanto a lesões de trabalho. Então, buscar junto ao Ministério da Previdência e o Ministério do Trabalho, nos registros que tenho. Há o impacto direto. E pensarmos no problema do álcool, não só pela desestruturação da família, pelos acidentes, mortes violentas, mas também pelo impacto na produtividade do povo brasileiro, o que é fundamental.

Vou discutir com os meus colegas de Governo sobre o tema dessa lei que foi encaminhada pelo Governo, para elevar a classificação de bebida alcoólica sobre alguns produtos, e consultar os meus colegas de Governo sobre isso, porque foi um projeto, como disse o senhor, encaminhado, em 2008, pelo próprio Governo Federal, na época do Presidente Lula.

Nas ações que lançamos hoje há propostas de materiais para atuação e prevenção nas escolas. Então, temos a ideia da cartilha, do Kit Anti-Droga, que foi apresentada aqui, e comentada pelo Deputado Áureo; essa ideia de várias ações. Há um projeto muito interessante que o Ministério da Justiça desenvolve com as Polícias Militares nos Estados, o PROERD, em que os policiais vão às escolas. É bom o exemplo do policial, falando sobre isso para os jovens, para as nossas crianças. Esse é um projeto bastante interessante, o qual já vi em vários lugares. No último sábado, pela manhã, junto com a Polícia Militar de São Paulo, nós fomos a uma região no Município de São Paulo, acompanhando esse projeto que realmente tem um impacto bastante interessante.

Quero reforçar aquilo que disse sobre a Lei Seca.

Os Estados que reduziram acidentes, lesões, mortes no trânsito de 2009 para 2010 foram exatamente aqueles que intensificaram as ações da Lei Seca, entre eles o Estado do Rio de Janeiro. Diria que o Estado do Rio de Janeiro montou um modelo muito interessante que envolve a sociedade na *blitz*. Por que isso é importante? Porque coíbe qualquer tipo de má atuação do agente policial, envolve melhor a sociedade. Então, a *blitz* no Rio de Janeiro é acompanhada por pessoas que sofreram acidentes que estão lá, às vezes são cadeirantes, pessoas em processo de reabilitação, acompanhadas por familiares, por um comitê da

sociedade, pelo Judiciário, pela Defensoria, além dos agentes policiais. Esse modelo é muito interessante, porque reforça as ações de fiscalização, coíbe qualquer tipo de desvio de conduta dos policiais militares e tem tido impacto muito importante.

Nós temos ações de tratamento nos CAPS. Só para os senhores terem uma ideia, aumentou de 2003 para 2011 em 10 vezes o número de atendimentos a dependentes químicos pelo álcool nos Centros de Atenção Psicossocial no País. Isso porque expandimos muito a rede, mas também porque o problema é cada vez maior.

Então, nos CAPS, serviço ambulatorial, e agora com as opções para internação mais prolongadas, nós vamos ter metodologias para tratamento dessas pessoas.

Também fazemos isso em relação ao tabaco. Deputado Jesus, só este ano aumentamos em 63%, em relação a 2010, o uso de medicamentos que buscam reduzir a dependência das pessoas ao tabaco. São os chamados Programas de Cessação do uso do Tabaco, coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde. E fizemos uma resolução, na Agência Nacional de Saúde Suplementar, que prevê que os planos de saúde podem oferecer produtos específicos para os usuários, descontos, premiações aos que participem de programa de cessação do tabaco. Se ele participar, ele receberá um desconto no plano ou um prêmio sobre isso ou outros programas e ações de prevenção.

E, por fim, querido Deputado Vaz de Lima, para nós sempre é um grande esforço. Seremos implacáveis em relação a isso, ao combate ao desperdício de recursos na saúde.

Lançamos, na última semana, duas novas medidas: uma é o portal Mais Transparência na Saúde, para dar mais transparência a cada real que é repassado pelo Ministério da Saúde aos Estados, aos Municípios, aos convênios. Inclusive, é importante os Deputados acessarem esse portal, para saberem dos recursos dos seus Municípios, das suas Regiões.

Quero até dizer que nós conseguimos fechar um acordo com o Banco do Brasil e com a Caixa Econômica. A partir de março do ano que vem, provavelmente, vamos ter uma ferramenta nova nesse portal. Através de um

decreto da Presidente Dilma, estabelecemos que é proibido fazer saque na boca do caixa hoje dos Fundos Municipais de Saúde. Toda a movimentação tem que ser eletrônica, com rastreabilidade total. Isso vai nos permitir fechar um convênio com o Banco do Brasil e com a Caixa. Eles vão ter 3 meses de adaptação, dos testes do sistema.

Qualquer cidadão, além de saber quanto o Ministério da Saúde repassa ao Município, à conta, ao convênio, vai poder abrir o extrato da conta do Município, saber qual foi a empresa, qual foi o fornecedor, qual foi a movimentação que aquela conta municipal fez, dando cada vez mais transparência aos recursos da Saúde.

Essa é uma medida que nós consideramos importante de combate ao desperdício. É o combate ao desperdício que tem possibilitado que lancemos um plano como este, que significa 4 bilhões; só da Saúde são 3 bilhões de reais. Isso permitiu colocar remédios de graça na Farmácia Popular este ano, ampliar um conjunto de serviços.

Então, nós acreditamos muito que temos de ser implacáveis não só com os desvios, mas com qualquer tipo de ineficiência do uso dos recursos, por mais que saibamos que seja um grande desafio. Com muita humildade, sabemos que há muita coisa a fazer em relação ao combate ao desperdício e conduzir o Sistema Único de Saúde com essa aptidão.

Quero agradecer profundamente o debate da Comissão, as palavras dos Parlamentares e dizer que a contribuição desse relatório, Deputado Vanderlei Macris, será fundamental para que possamos aprimorar e reorientar as políticas do Ministério da Saúde em relação à prevenção e ao tratamento da dependência química em nosso País.

Muito obrigado. (*Palmas.*)

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Jesus Rodrigues) - Agradecemos ao Sr. Ministro Alexandre Padilha a participação.

Sras. e Srs. Deputados, demais presentes, nada mais havendo a tratar, damos por encerrada a presente reunião.

## VI – REUNIÕES DA COMISSÃO REALIZADAS FORA DA CÂMARA DOS DEPUTADOS

### REUNIÃO REALIZADA NA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO MATO GROSSO DO SUL EM 30/6/2011

Expositores:

**Dra. Beatriz Figueiredo Dobashi**, Secretária de Saúde do Mato Grosso do Sul.

**Dra. Maria Beatriz Almeida Maia**, gerente do Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas de Campo Grande.

**Sr. Fábio Moron de Andrade**, representante da Fazenda da Esperança.

**Dr. Zelik Trajber**, chefe das Equipes Multidisciplinares do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena (Dsei) de Dourados-MS.

**Sr. Dorgival Rodrigues**, representante dos Alcoólicos Anônimos.

A **Dra. Beatriz Figueiredo Dobashi** começou a exposição falando especificamente sobre das Ações de Atenção à Saúde dos Dependentes de Álcool, que é uma matéria mais afeta a saúde, mas lembrando sempre, como disse no caso do crack, que apesar de ser considerado um problema de saúde pública, não se resolve esse problema dentro dos muros da saúde, e sim de forma intersetorial, com parcerias, com parcerias público-privadas, com parceiras público-público, com vários setores incorporando suas políticas no sentido de enfrentar essa questão... A **Sra. MARIA BEATRIZ ALMEIDINHA MAIA** - O CAPS AD foi inaugurado em junho de 2006. É uma unidade de referência do Sistema Único de Saúde, que veio com o objetivo de trabalhar com pessoas com sofrimento mental, e usuários de álcool e drogas. É um serviço de portas abertas, não precisa de encaminhamento para frequentar o CAPS, ele é altamente aberto, não precisa de nenhum tipo de acolhimento, nenhum tipo de encaminhamento...

Então, nós temos no CAPS AD psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, toda uma equipe que está realmente preparada para atender esse usuário no momento que ele chega... Nós sabemos que 6% da população brasileira vai ter uma dificuldade, um transtorno relacionado com a questão do uso de drogas, tanto de álcool quanto de drogas ilícitas, e isso é uma coisa que nos preocupa bastante. Como é que é o atendimento feito no Centro de Atendimento de Álcool e Drogas? O paciente chega, vai ser acolhido por um técnico de nível superior, e a partir desse momento vai ter um técnico, vai escutar a história dele, nós vamos estar junto com esse usuário, definindo qual é o melhor atendimento e qual é o melhor projeto que nós vamos desenvolver com esse paciente. **O SR. FÁBIO AUGUSTO MORON DE ANDRADE** – A experiência da Fazenda da Esperança no tratamento do alcoolismo iniciou-se a mais ou menos a vinte e sete anos atrás com a preocupação principalmente com as drogas em geral, não só com o álcool... Ela foi criada em 1983, na Cidade de Guaretinguetá-SP, e hoje nós estamos espalhados pelo mundo inteiro. Os fundadores foram o Frei Hans Stapel e o Nelson Jovanelli. A Fazenda da Esperança é uma comunidade terapêutica sem fins lucrativos, o vínculo, ou seja, o dependente tem que ser ele, tem que querer ser tratado, a gente não impõe que o dependente seja internado, tem que ser um comum acordo, entre uma carta escrita pelo próprio dependente, dizendo que ele quer ser internado...O índice de recuperação é em torno de 80%, e quero deixar bem claro para vocês, que nós não tratamos apenas o dependente do álcool muitas vezes ele vem associado, com outros tipos de droga principalmente, o crack e a pasta base. Então, não é exclusivamente no tratamento do álcool, mas muitos deles usam o álcool como ponte de entrada das outras drogas também. Nosso tratamento é baseado num tripé: espiritualidade, trabalho e convivência... E a espiritualidade é o ponto fundamental na Fazenda da Esperança, nós não incutimos dentro da Fazenda da Esperança nenhum tipo de que a pessoa seja católica que seja evangélica ou que busque qualquer tipo de incutir um tipo de religião, mas nós prezamos muito pela espiritualidade, ou seja, viver as palavras do evangelho dia a dia, discutir os valores, porque o evangelho, nada mais é do que os nossos valores, morais e éticos que tem se perdido no decorrer dos anos. Mais de sessenta fazendas espalhadas no Brasil e

dezessete fazendas no exterior, entre elas Alemanha, Rússia, Portugal, Estados Unidos, Filipinas e Moçambique. O **SR. ZELIK TRAJBER** - ... gostaria de fazer algumas colocações sobre a situação da saúde mental nas aldeias do Estado do Mato Grosso do Sul, e se possível mostrar as consequências do uso do álcool e outras drogas na saúde mental dessa população... Em número de população nosso Estado é a segunda população, o Amazonas tem mais, mas no Amazonas são vários distritos sanitários espalhados, pelo Estado devido à dispersão geográfica dentro do Amazonas... A população indígena, no nosso Estado, hoje, aldeada é maior de setenta mil índios, distribuídos em setenta e cinco aldeias, temos oito etnias e temos trinta e sete equipes multidisciplinares, de saúde indígenas trabalhando nesses municípios, distribuídos em quinze polo-base. As mortes por causas externas é uma das principais, causas de óbitos, da população indígena. A gente contabiliza aproximadamente 25% dos nossos óbitos por causas externas, onde se inclui suicídio, homicídio, a violência em geral e como causa muitas vezes desses delitos o alcoolismo e as drogas. A bebida tradicional dos índios é a achixa, que era consumida principalmente em cerimoniais. Ela vem sendo progressivamente substituída devido a facilidade do acesso, por outras bebidas fermentadas industrializadas. Isso daí tem causado transtornos progressivos, e o acesso já não é feito só durante os cerimoniais, mais passa a ser de uso continuado. O consumo abusivo, frequentemente, está associado a uma série de problemas... O álcool, como problema importante nos transtornos dessa comunidade, progressivamente vem sendo invadido, também, pelo consumo de outras drogas. O **SR. DORGIVAL RODRIGUES** -...os Alcoólicos Anônimos, que é uma irmandade de homens e mulheres, que hoje funciona em cento e noventa países, aproximadamente, há setenta e seis anos. O Alcoólicos Anônimos nasceu nos Estados Unidos, por causa de dois homens bebedores e problemas. Às vezes nós achamos, por má informação, que quem procura Alcoólicos Anônimos, são pessoas que estão na rua, mendigos, que já beberam demais e que perderam tudo. Na verdade, o Alcoólicos Anônimos, nasceu na Cidade de Egon, Estados Unidos, por um advogado, corretor da Bolsa de Nova Iorque, e um médico cirurgião, da Cidade de Egon, de família tradicional, que precisava tomar um litro de whisky, para firmar o pulso para fazer as suas cirurgias... Nós temos, no Mato Grosso do Sul, sessenta grupos de AA, maior

parte dos grupos é concentrada em Campo Grande, são dezoito grupos. O método de recuperação é baseado em trinta e seis princípios... O alcoólatra precisa ser tratado com mais seriedade e ter uma visão mais ampla que o alcoolismo está inserido em todos os níveis da sociedade...Nos Alcoólicos Anônimos, fazemos um acompanhamento: ensinamos as pessoas a se manterem abstinências do álcool, a voltarem a ter um convívio social, não importa o nível intelectual que tenham...O Poder Judiciário está acumulado de assuntos sobre alcoolismo. O que nós temos a oferecer? Os Alcoólicos Anônimos estão de portas abertas. Quanto custa participar dos Alcoólicos Anônimos? É custo zero! Os Alcoólicos Anônimos têm algumas tradições que nós precisamos preservar, e uma delas é o anonimato. Às vezes as pessoas dizem: “Mas, se houvesse mais recursos, não seria melhor?” Não! Porque já houve grupos anteriores ao nosso, semelhantes, que se desfizeram, justamente por dinheiro. Então, nós nos mantemos há setenta e seis anos, com nossos recursos próprios. Todas as comunidades que encaminham as pessoas, indicam o AA, não vão ter custo nenhum, nem para o Governo e nem para a sociedade. O AA precisa ser sustentado pelos indivíduos que beberam, aí começa a primeira lição. Você teve dinheiro para beber, então você vai manter a sua recuperação. O dinheiro não deve ser do outro, não, eu mesmo, e não custa muito. Então, para se salvar vidas não custa muito dinheiro. (V.ANEXO I)

#### **REUNIÃO REALIZADA NA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE SÃO PAULO EM 11/8/2011**

Expositores:

**Cesar Pazinato**, professor e coordenador pedagógico do Colégio Santo Américo.

**Dr. Sérgio Tamai**, coordenador do Comitê Estadual de Referência em Saúde Mental da Secretaria de Saúde de São Paulo.

**Jairo da Costa e Silva**, prefeito do município de Tarumã (SP).

**Dra. Ana Cecília Roselli Marques**, psiquiatra, pesquisadora da Unidade de Álcool e Drogas (Uniad) da Universidade Federal do Estado de São Paulo (Unifesp) e coordenadora do Projeto Periscópio – Tarumã.

O evento na Assembleia Legislativa de São Paulo reuniu estudantes, professores, diretores de escola, assessores de parlamentares municipais, estaduais e federais e representantes de vários segmentos da sociedade que, interessados sobre as experiências obtidas até o momento, assistiram às palestras sobre a política de combate ao uso de álcool no Estado de São Paulo e puderam ouvir sobre a influência da propaganda no aumento do consumo de bebida alcoólica e também sobre o sucesso da experiência do Município de Tarumã, que conseguiu reduzir sensivelmente os índices de consumo de álcool e outros tipos de drogas entre seus habitantes. Entre os palestrantes foi unânime a opinião de que a melhor forma de se combater o uso abusivo de qualquer substância psicoativa é a educação. Uma vez que o Sistema Único de Saúde (SUS) não tem condições para receber e tratar todos os dependentes, a educação funciona como uma eficaz medida preventiva. A invasão das cervejarias e de outros segmentos da indústria alcoólica nas mídias (rádio, tevê, jornais, pontos de distribuição de vendas, internet e revistas) inclusive nas redes sociais (Facebook, Twitter e Orkut) impressiona negativamente os palestrantes. Inclusive, de acordo com o **Professor Cesar Pazinato**, coordenador pedagógico do Colégio Santo Américo, muitas dessas propagandas desrespeitam determinações do Conselho de Autorregulamentação Publicitária (Conar). **Pazinatto** também falou sobre o levantamento que a Unifesp fez junto aos colégios particulares do Estado sobre o assunto. Foi constatado que os jovens começam a beber cada vez mais cedo, com 13 anos de idade e, em sua maioria, com a permissão ou consentimento dos pais. Os meninos preferem beber cerveja e chope e as meninas caipirinha. Esse estudo aponta também que o número de meninas que bebem é superior ao dos meninos e que os números entre os estudantes da rede pública de ensino são muito semelhantes aos apresentados pela universidade. Recentemente, o governo estadual encaminhou à Assembleia Legislativa projeto de lei proibindo a venda de bebida alcoólica para menores de 18 anos e a tolerância ao seu uso. As medidas punitivas aos estabelecimentos que desrespeitarem a legislação são bem rigorosas. Para garantir o cumprimento da lei, a Vigilância Sanitária e as Polícias Civil e Militar serão responsáveis pela fiscalização nos variados estabelecimentos. O coordenador de Saúde Mental do Estado, **Sérgio Tamai**, também apresentou

dados estaduais bastante elevados. Segundo ele, o álcool é responsável por 10% dos problemas relacionados à saúde no Estado, 50% dos acidentes automobilísticos, 20% das internações clínicas gerais, 60% dos casos de violência doméstica, 50% das faltas ao trabalho e 90% das internações por dependência química. Ainda nesse sentido, o prefeito de Tarumã decidiu, em 2007, implantar o Projeto Periscópio (projeto piloto para combater o uso de álcool e drogas na cidade). Para o **prefeito Jairo da Costa e Silva**, a sociedade clama por soluções nessa área e o sucesso do programa ocorreu porque todas as secretarias municipais de Tarumã foram envolvidas e toda a sociedade participa da fiscalização dos bares, mercados e restaurantes. Conforme a secretária da Saúde de Tarumã, **Ana Cecília Petta Roselli Marques**, antes da implantação do programa grande parte da população gastava 12% do orçamento mensal com algum tipo de droga. "Precisamos fazer uma radiografia da cidade para conhecermos os hábitos, costumes e prioridades dos moradores". A secretária lembra que o projeto ainda é incipiente, mas já é possível verificar a redução de 50% dos índices de criminalidade em decorrência da diminuição do consumo de álcool. "É a comunidade que precisa mudar seus hábitos", enfatizou. (V.ANEXO II)

#### **REUNIÃO REALIZADA NA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO CEARÁ EM 26/9/2011**

Expositores:

**Sr. Marcelo Sobreira**, secretário executivo da Secretaria do Trabalho e Ação Social do Ceará.

**Coronel Professor Francisco Austregésilo Rodrigues Lima**, Coordenador estadual do Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência - Proerd no Ceará.

**Dr. Lineu Jucá**, cirurgião vascular do Instituto José Frota.

**Dr. Osmar Diógenes Parente**, psicólogo especialista em dependência química.

**Dr. José Maria Pontes**, Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Ceará.

Na abertura dos trabalhos, a vice-presidente da Comissão de Seguridade Social e Saúde, **Deputada Mirian Sobreira**, ressaltou a importância do tema dizendo que o debate teria a finalidade de formular propostas para controle do problema e disse que debater o consumo de bebidas alcoólicas é tão ou mais importante que tratar das drogas ilícitas. Segundo a parlamentar, o álcool tem quatro vezes mais consequências negativas e é uma porta de entrada para as demais drogas. Em seguida, passou a palavra para o vice-presidente da Comissão Especial da Câmara, **Deputado Federal Jesus Rodrigues**, o qual falou que o objetivo da formação da Comissão é fazer com que a bebida passe a ocupar na sociedade o mesmo papel que hoje ocupa o cigarro. De acordo com o Parlamentar, antes o cigarro era considerado um charme ou algo bonito, e hoje assume seu devido lugar na importância de seu combate para a população. Disse também que a bebida ainda é culturalmente indispensável para a alegria e para as comemorações. E é isso que queremos questionar, para que possamos levar o álcool para uma visão junto à sociedade da maneira mais adequada. Continuando o **Deputado Federal e relator da Comissão, Vanderlei Macris** destacou a importância da conscientização do parlamento brasileiro em tomar iniciativa para montar um banco de dados capaz de olhar para frente na construção de políticas públicas adequadas para o enfrentamento do problema. De acordo com ele é preciso tratar o problema com seriedade e a amplitude que ele tem. Enfatizou que o intuito é implementar medidas legais e cabíveis para amenizar o problema no país. Dando continuidade, o Deputado Federal **João Ananias** disse que esse é um problema de saúde pública que precisa de controle, pois os óbitos de jovens por causa do consumo de álcool tornaram-se uma epidemia. Logo após, o **Dr. José Maria Pontes** ressaltou a importância do tema e parabenizou a iniciativa da comissão. Para ele, o combate às propagandas de bebidas alcoólicas é fundamental, pois sua influência na população jovem é bastante visível. Logo em seguida, a psicóloga **Regina Elias** disse que não podemos mais aceitar que recursos públicos financiem shows e bandas que cantam músicas que influenciam as pessoas a beberem. É preciso proibir também as propagandas de bebidas alcoólicas em estádios de futebol e em locais públicos, porque elas estão até nas entradas das universidades, e tudo

isso contribui para incentivar os jovens a beberem. E afirmou que precisamos ser mais vigilantes com essas questões. (V. ANEXO III)

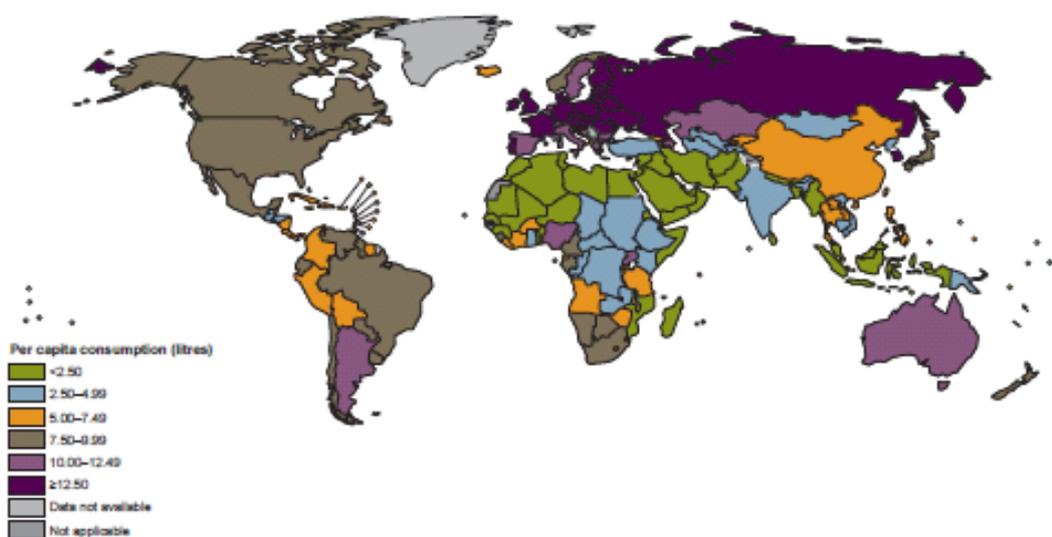
## VII - CONCLUSÕES

### VII.1 SITUAÇÃO ATUAL DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NO BRASIL

Avaliar a situação nacional no tocante ao consumo de bebidas alcoólicas e suas consequências não é uma tarefa simples, pois há diversas variáveis envolvidas.

Se comparado aos demais países, o Brasil encontra-se em situação intermediária no tocante ao consumo de bebidas alcoólicas em volume, como mostra a figura a seguir, extraída, como as seguintes, do ***Global status report on alcohol and health*** (Relatório sobre a situação global de álcool e saúde), publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2011.

**Figure 1.** Total adult (15+) per capita consumption, in litres of pure alcohol, 2005<sup>a</sup>

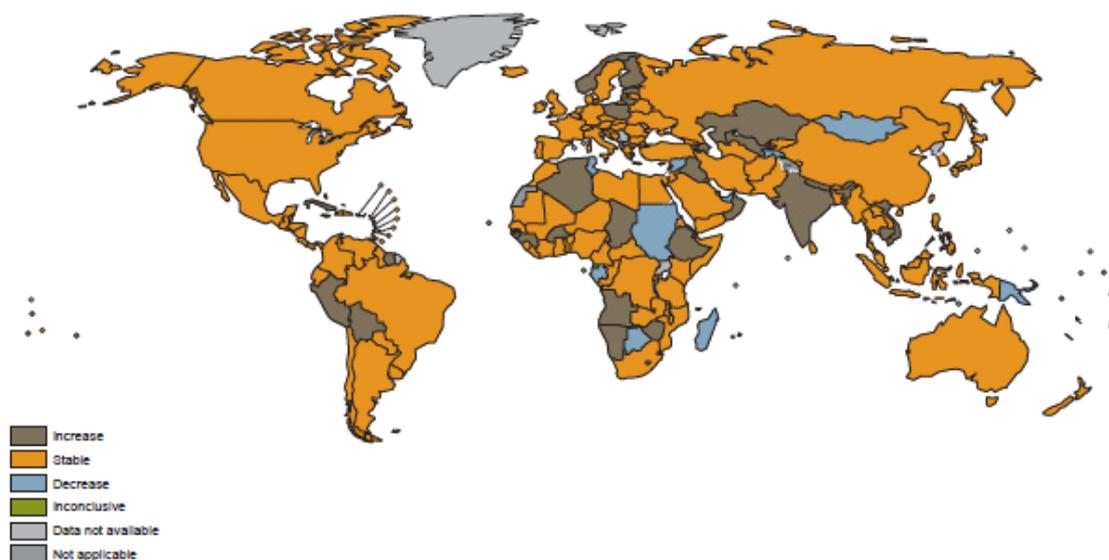


<sup>a</sup> Best estimates of 2005 using average recorded alcohol consumption 2003–2005 (minus tourist consumption; see Appendix IV for details) and unrecorded alcohol consumption 2005.

Como se vê, o consumo total *per capita* de álcool no Brasil é menor do que o observado em países como a Argentina ou a quase totalidade dos países europeus.

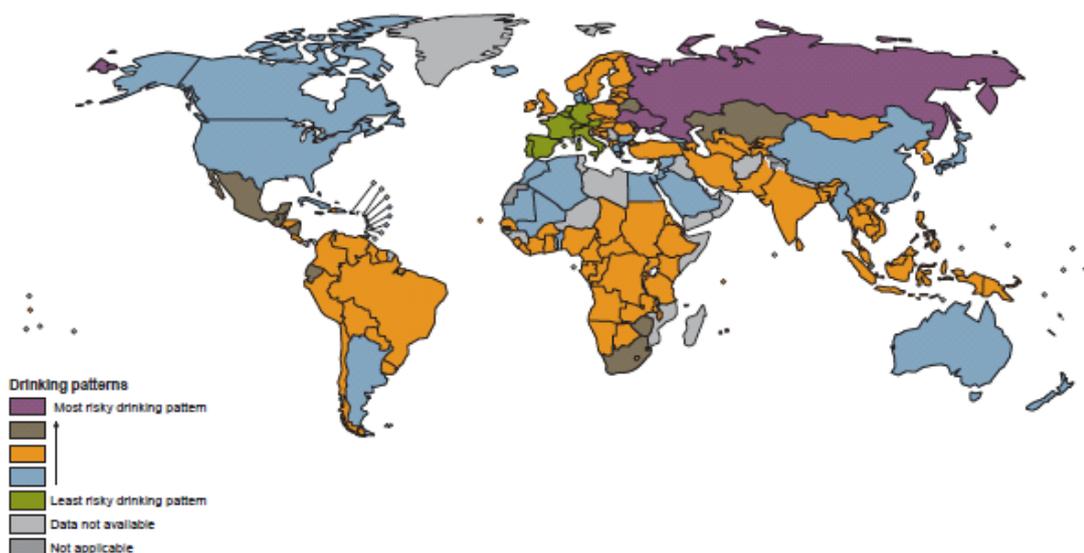
Um outro aspecto que pode ser considerado favorável é a tendência à estabilização no consumo exibida no Brasil, bem como na maioria das nações (dados de 2001 a 2005), observada na imagem a seguir:

**Figure 5. Five-year change in recorded adult per capita consumption, 2001–2005<sup>a</sup>**



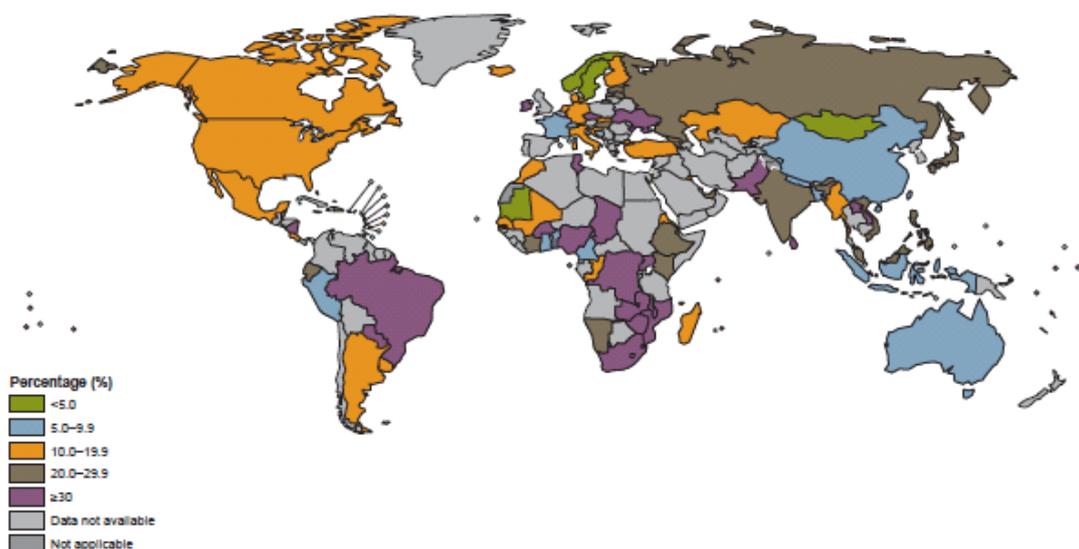
No entanto, quando se comparam os padrões de consumo e seu potencial de risco, o Brasil, embora ainda situado em uma categoria intermediária, mostra padrão de maior risco do que países em que o consumo *per capita* é mais elevado:

**Figure 7. Patterns of drinking score, 2005**



Uma explicação está na figura abaixo, que exhibe os países segundo número de episódios de bebedeira pesada por ano (homens):

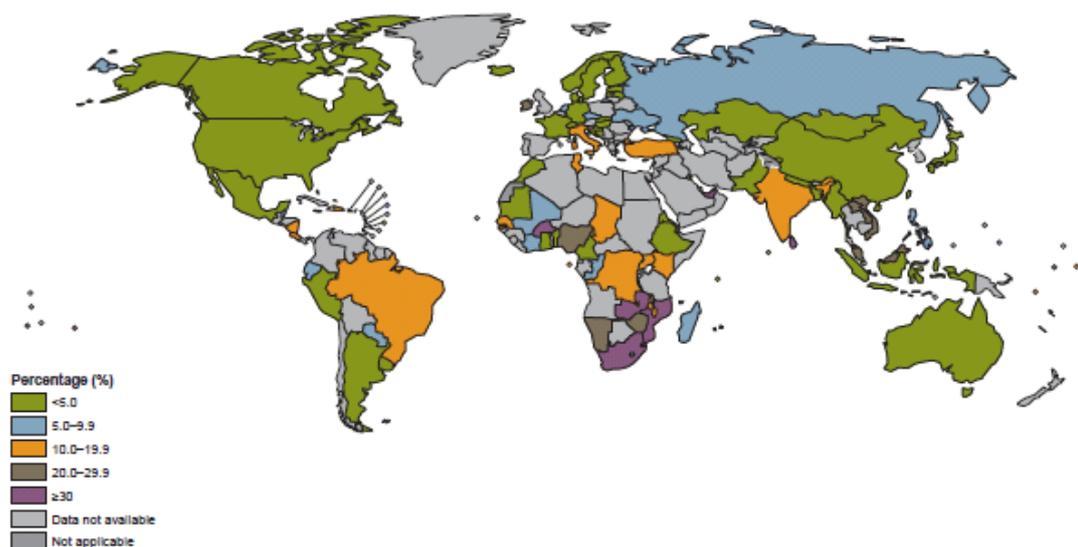
**Figure 8. Prevalence of heavy episodic drinking among past-year male drinkers, 2004<sup>a</sup>**



<sup>a</sup> Best estimates for 2004 based on surveys carried out within the time period 1997-2009.

O Brasil encontra-se entre os países com maior incidência de episódios de bebedeira pesada. No caso das mulheres, como se vê abaixo, a situação é menos grave, embora ainda situe o Brasil em posição desfavorável em relação a países com consumo per capita de álcool semelhante e mesmo mais elevado:

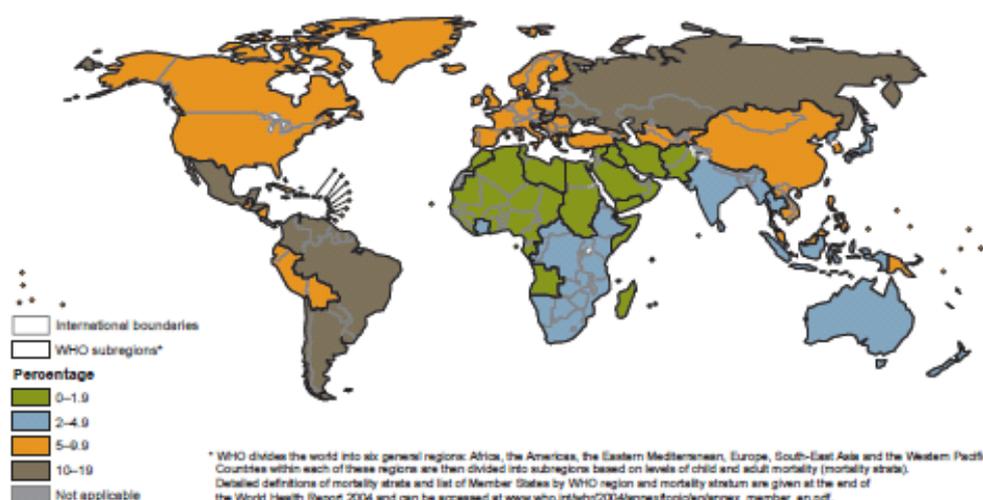
**Figure 9. Prevalence of heavy episodic drinking among past-year female drinkers, 2004<sup>a</sup>**



<sup>a</sup> Best estimates for 2004 based on surveys carried out within the time period 1997-2009.

A gravidade da situação nacional é, contudo, mais bem explicitada quando se comparam os países em relação aos DALYs (sigla em inglês que se pode traduzir como anos de vida perdidos por morte prematura mais anos de vida vividos com comprometimento da saúde) atribuíveis ao consumo de bebidas alcoólicas. Como mostra a figura abaixo, o Brasil encontra-se no grupo com pior situação:

**Figure 19. Alcohol-attributable DALYs as a percentage of total DALYs by WHO subregion, 2004**



O nosso país está entre os países com maior incidência de episódios de bebedeira pesada. No caso das mulheres, como se vê abaixo, a situação é menos grave, embora ainda situe o Brasil em posição desfavorável em relação a países com consumo per capita de álcool semelhante e mesmo mais elevado:

## VII.2 IMPACTO NA SOCIEDADE

Para avaliar o impacto total do consumo de álcool na sociedade deve-se necessária e previamente diferenciar o consumo normal do excessivo ou abusivo. O uso excessivo pode ser assim definido de acordo com a frequência de consumo, a quantidade ingerida em cada episódio e a situação de consumo. As tabelas a seguir apresentadas são extraídas do I Levantamento

Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, publicado pela Senad e pela Unifesp em 2007.

Para a correta interpretação da figura 6, é necessário levar em conta que é internacionalmente aceito que o consumo de 5 doses ou mais para homens e 4 doses ou mais para mulheres por episódio configura consumo de risco.

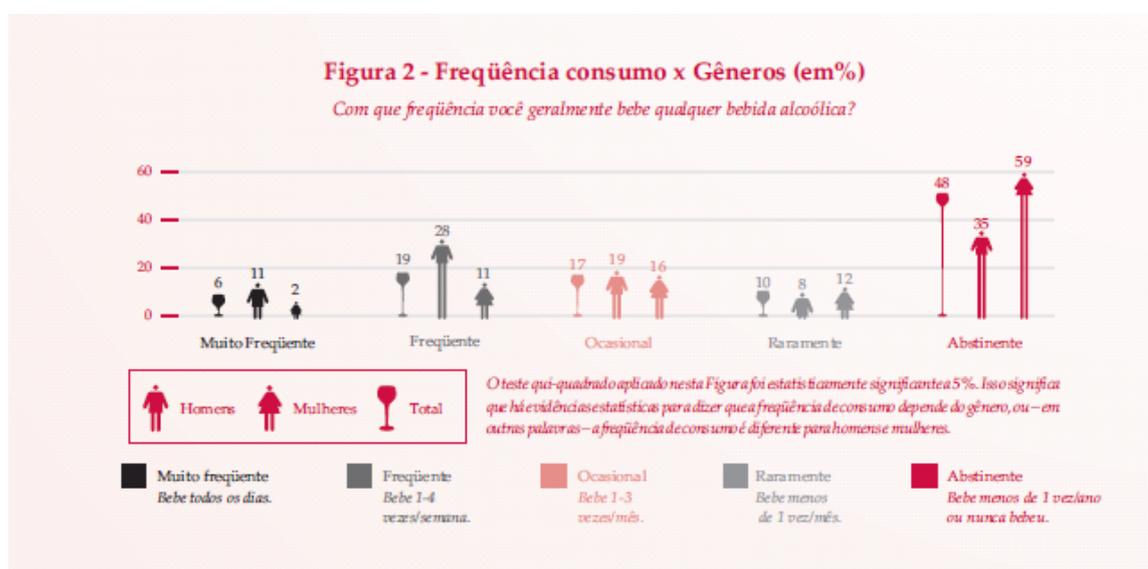
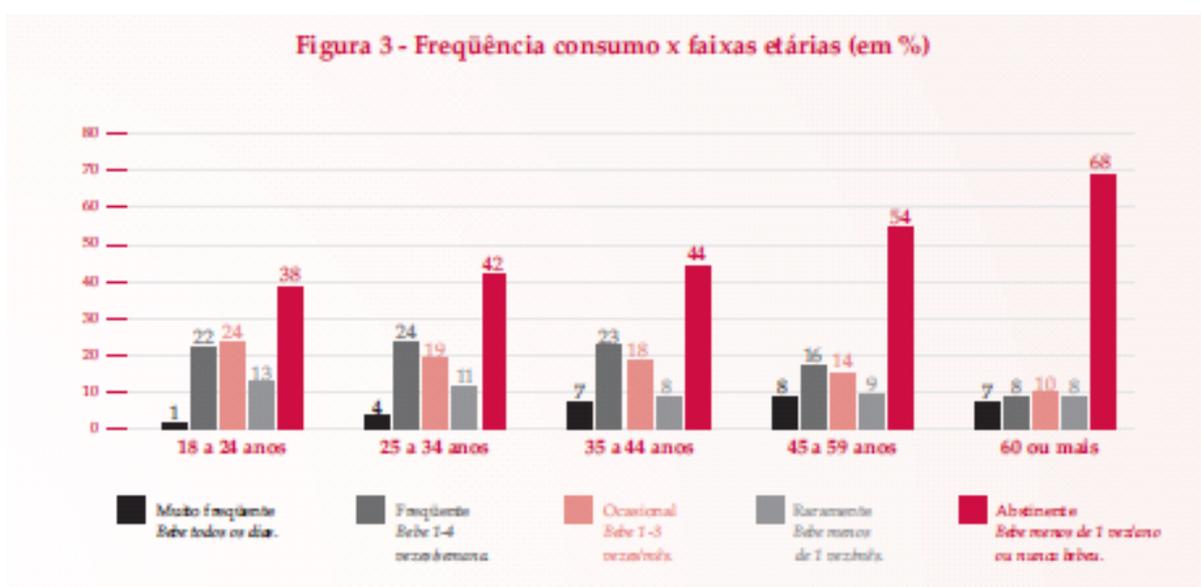
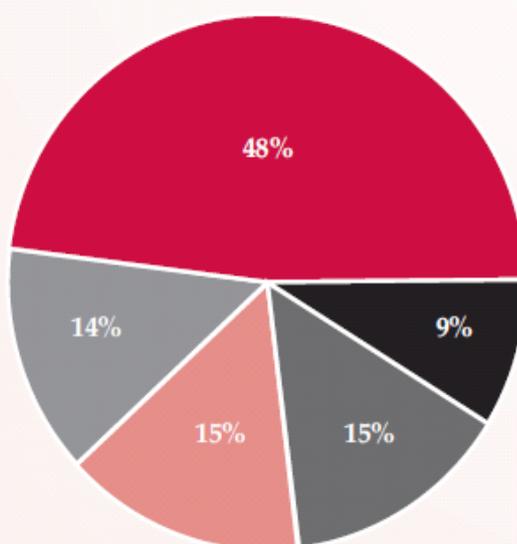


Figura 10 - Intensidade do beber entre adultos

Uma dose corresponde, na média, a uma latinha de cerveja ou chope de 350 ml, uma taça de vinho de 90 ml, uma dose de destilado de 30 ml, uma lata ou uma garrafa pequena de qualquer bebida "ice". Cada dose contém cerca de 10-12 g de álcool.



- **Bebedor frequente pesado**  
(Bebe 1 vez ou mais por semana e consome 5 ou mais doses por ocasião 1 vez na semana ou mais.)
- **Bebedor frequente**  
(Bebe 1 vez por semana ou mais e pode ou não consumir 5 ou mais doses por ocasião pelo menos 1 vez por semana, mas mais de 1 vez por ano.)
- **Bebedor menos frequente**  
(Bebe de 1 a 3 vezes por mês e pode ou não beber 5 doses ou mais ao menos 1 vez por ano.)
- **Bebedor não frequente**  
(Bebe menos de 1 vez por mês, mas ao menos 1 vez por ano e não bebe 5 ou mais doses em uma ocasião.)
- **Abstinência**  
(Bebe menos de 1 vez por ano ou nunca bebeu na vida.)

Figura 6 - Quantidade Usual x Gênero (em%)

Nos dias em que você bebe cerveja, vinho, bebidas "ice", destilados, quantas doses você geralmente bebe?



Uma dose corresponde, na média, a uma latinha de cerveja ou chope de 350 ml, uma taça de vinho de 90 ml, uma dose de destilado de 30 ml, uma lata ou uma garrafa pequena de qualquer bebida "ice". Cada dose contém cerca de 10-12 g de álcool.

Portanto, 9% dos brasileiros adultos que bebem frequente e pesadamente, uma proporção bastante expressiva e que já deve acender um sinal de alerta.

Mais preocupantes ainda, porém, são os dados aportados pelo VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública e privada de ensino nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal, realizado em 2010:

**Tabela 1.10:** *Uso na vida* de drogas psicotrópicas entre 50890 estudantes do ensino fundamental<sup>(1)</sup> e médio das redes pública e privada das 27 capitais brasileiras, de acordo com gênero e faixa etária, por diferentes drogas individualmente.

Tipo de Droga	Sexo % <sup>(3)</sup>		Faixa Etária % <sup>(3)</sup>			
	Masculino	Feminino	10 a 12 anos	13 a 15 anos	16 a 18 anos	19 anos e mais
Maconha	7,2	4,3*	0,5	3,8	10,8	16,4
Cocaína	3,6	1,5*	0,3	1,7	7,6	8,9
Crack	0,8	0,4*	0,1	0,5	0,8	2,6
Anfetamínicos	1,6	2,7*	1,3	2,3	3,7	3,6
Solventes/ Inalantes	9,4	8,1*	5,9	7,8	7,8	12,8
Ansiolíticos	3,6	6,7*	2,6	5,0	10,4	8,7
Anticolinérgicos	0,6	0,5	0,3	0,5	0,0	1,1
Opiáceos	0,5	0,6	0,4	0,6	0,5	0,7
Esteróides/ Anabolizantes	2,3	0,5*	0,6	1,1	2,7	3,3
Ópio/ Heroína	0,4	0,2*	0,2	0,3	0,0	0,3
LSD	1,2	0,7*	0,3	0,7	2,3	2,3
Éxtase	1,5	1,0*	0,2	1,1	2,2	2,2
Metanfetamina	0,4	0,2	0,0	0,2	0,2	0,3
Ketamina	0,3	0,1	0,0	0,1	0,0	0,3
Benflogin®	0,6	0,3*	0,2	0,3	0,4	0,9
Energético com Álcool	16,7	14,4*	1,9	12,3	33,3	31,7
Qualquer droga <sup>(2)</sup>	26,2	24,9*	10,4	22,5	42,8	46,4
Tabaco	16,4	17,3	3,5	15,2	27,9	40,5
Álcool	58,9	62,1*	30,6	63,0	82,8	86,4

municipais, estaduais e federais.

(1) A partir do 6º ano.

(2) Excluindo álcool e tabaco.

(3) Dados ponderados e expressos em porcentagem.

\* indica significância estatística com  $p \leq 0,05$ ; Teste de Qui-quadrado.

A lei brasileira proíbe a venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos. No entanto, como mostra a pesquisa, 82,8% dos estudantes entre 16 e 18 anos já haviam ingerido álcool pelo menos uma vez na vida, e nada menos que 30,6% dos estudantes entre 10 e 12 anos estava na mesma situação.

### VII.3 REPERCUSSÕES SOBRE A SAÚDE PÚBLICA

Segundo informações do Datasus, houve em 2010 no âmbito do SUS 57.280 internações devido a distúrbios mentais por uso de álcool, contra 48.923 internações decorrentes do uso de todas as outras substâncias psicoativas. Apenas a título de comparação, foram 74.694 internações por infarto agudo do miocárdio.

O consumo imoderado de álcool está também relacionado a diversas outras enfermidades, como pancreatite, esteatose hepática, hepatite alcoólica, cirrose, miocardiopatia, diabetes, hipogonadismo e neuropatia periférica, sobre as quais não há, infelizmente, referência disponível no Datasus sobre internações nem despesas.

A Agência Brasil, contudo, noticiou em 18/9/2011 que, conforme dados do Serviço de Hepatologia do Hospital de Transplantes do Estado de São Paulo, as internações por cirrose alcoólica aumentaram quase 50% nos últimos cinco anos nos hospitais do Estado de São Paulo. Contra cerca de 2.100 internações em 2007, estimam-se mais de 3 mil em 2011, em uma demonstração eloquente de que os problemas de saúde por álcool vêm crescendo no país.

No tocante às enfermidades e invalidez decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas, os números são também bastante expressivos: o Ministério da Previdência Social concedeu em 2010, entre afastamentos e aposentadorias, 13.223 novos benefícios por transtornos mentais e comportamentais por uso de álcool – CID F10 (dispêndio de R\$12.161.743,20) e 1.930 novos benefícios para doença alcoólica do fígado – CID K70 (dispêndio de 1.755.227,91). Note-se que esses montantes não incluem os benefícios iniciados e, anos anteriores que continuam sendo pagos.

Causou forte impressão a todos os presentes à audiência pública de 18/10/2011 a exposição do Dr. José Mauro Braz de Lima sobre a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). Por ser a síndrome ainda pouco conhecida pela

classe médica, os seus números somente podem ser estimados. É, contudo, tema de saúde pública merecedor de grande atenção e que não pode ser ignorado pelas autoridades sanitárias.

#### **VII.4 CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E TRÂNSITO**

Não resta dúvida de que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e a condução automobilística são inconciliáveis. Diferentes trabalhos de levantamento estatístico apontam para uma proporção em torno de 50% dos óbitos em acidentes automobilísticos relacionados a consumo de álcool.

A legislação brasileira prevê penalidades para a prática da direção sob embriaguez, nos sucessivos códigos de trânsito desde pelo menos o estabelecido pelo Decreto-Lei nº 2.994, de 1941:

Decreto-Lei nº 2.994, de 28 de Janeiro de 1941

[...]

Art. 130. A apreensão de carteiras, nos termos deste Código, far-se-á nos seguintes casos:

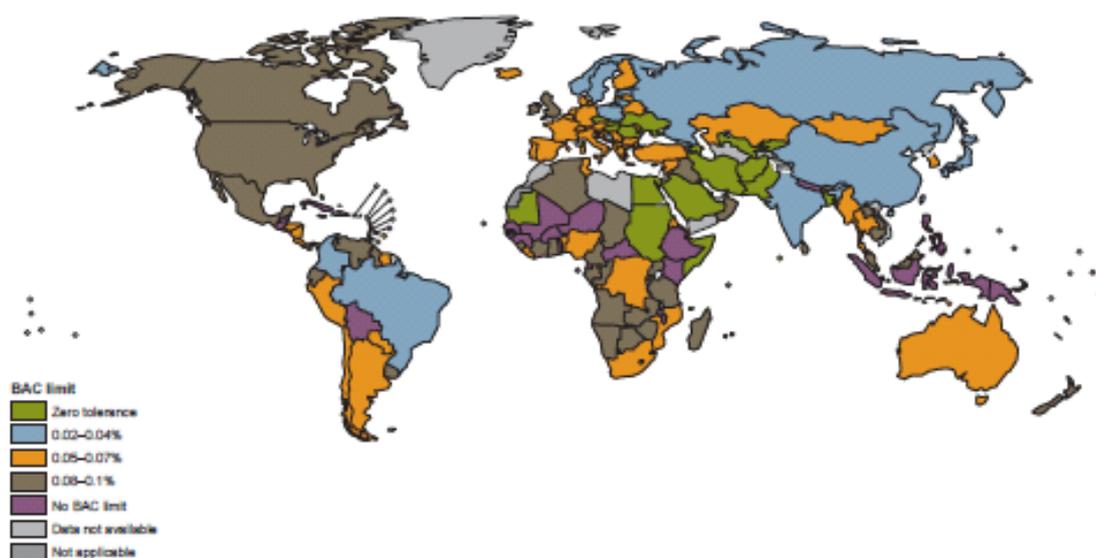
[...]

5, quando o condutor tiver vício de embriaguez ou entorpecentes.

O atual Código, estabelecido pela Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, previa em seu texto original sanções tanto penais quanto administrativas para condutores sob efeito de álcool. As ulteriores modificações inseridas pela Lei nº 11.275, de 7/2/2006 e pela Lei nº 11.705, de 19/6/2008, esta conhecida como “Lei Seca”, embora amplamente alardeadas, em última análise não aportaram efeitos significativos. Mais de um depoente a esta Comissão, ao louvar a “Lei Seca”, exibiu dados que demonstravam que a redução inicial do número de acidentes, mercê da aplicação de maior rigor na fiscalização, cedeu em pouco tempo lugar a uma retomada na tendência ascendente, levando à conclusão inequívoca de que é a fiscalização o fator decisivo para inibir o fenômeno da condução sob embriaguez.

A figura a seguir foi também extraída do Relatório sobre a situação global de álcool e saúde de 2011, da OMS. Nela, comparam-se os países do mundo no tocante aos limites de alcoolemia para a direção de veículos.

**Figure 25. Blood alcohol concentration (BAC) limits for drivers, by countries, 2008**



Conforme se pode verificar, o Brasil está entre os países com menor limite de alcoolemia para direção. Cumpre notar, entretanto, que o limite descrito em lei é de zero. O limite de 0,02% foi estipulado em regulamento posterior, por razões técnicas, mais precisamente a dificuldade de dosar corretamente a alcoolemia abaixo desse valor.

A atual legislação brasileira sobre álcool e direção pode ser avaliada pela leitura do supracitado Relatório sobre a situação global de álcool e saúde, que se refere ao Brasil, em sua página 47, como “um exemplo de formulação nacional de política em relação ao beber e dirigir”.

## VII.5 ÁLCOOL E VIOLÊNCIA

Existe uma percepção baseada no senso comum de que o consumo imoderado de bebidas alcoólicas relaciona-se estreitamente com episódios de violência. Tal percepção é confirmada pela experiência e por

estudos científicos. Citamos artigo de 2005 de autoria dos pesquisadores Ronaldo Laranjeira, Sérgio Marfiglia Duailibi e Iliana Pinsky, publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria (Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública):

As relações são múltiplas e variadas, mas o consumo de álcool é, no mínimo, um importante facilitador de situações de violência. Não faltam evidências científicas de sua participação nos homicídios, suicídios, violência doméstica, crimes sexuais, atropelamentos e acidentes envolvendo motoristas alcoolizados.

Estatísticas internacionais apontam que em cerca de 15% a 66% de todos os homicídios e agressões sérias, o agressor, vítima, ou ambos tinham ingerido bebidas alcoólicas. Da mesma maneira, o consumo de álcool está presente em cerca de 13% a 50% dos casos de estupro e atentados ao pudor. No Brasil, dados do Cebrid apontam que 52% dos casos de violência doméstica estavam ligados ao álcool.

Na via inversa, as dúvidas sobre possíveis mudanças no quadro pela coibição do consumo de álcool foram afastadas pela experiência extremamente bem-sucedida do Município de Diadema – SP, descrita no mesmo trabalho:

Recentemente, uma cidade brasileira está colocando em prática e comprovando os conceitos acima. Diadema, a cidade brasileira com o maior número de assassinatos em 1999 (por 100.000 habitantes), após mapeamento da criminalidade local, verificou que 65% destes ocorriam próximos ou no interior dos bares e ligados a motivos fúteis. Em julho de 2002, adotou uma política de fechamento de bares às 23 horas. Interessantemente, essa medida está prevenindo homicídios. Modelos logarítmico-lineares que avaliam o impacto desta intervenção demonstraram que, após a limitação dos horários de venda de álcool, preveniu-se 273 assassinatos nos 24 meses de sua vigência, ou uma média de 11 assassinatos por mês. Quanto ao impacto sobre os índices de violência contra as mulheres, houve uma redução de nove agressões por mês, representando 40% de queda neste tipo de ocorrência em dois anos.

Os resultados de Diadema provêm evidência importante de que esta relação (álcool-violência) não tem que ser aceita necessariamente como imutável e que a tomada de decisões de políticas públicas utilizando-se de evidências científicas é possível e extremamente benéfica. Ao contrário do que muitos pensam em relação ao caráter do brasileiro, uma medida restritiva, associada a uma fiscalização diária e efetiva, conseguiu ser obedecida e popular com 92% de aprovação, dois anos após a implementação da lei.

## VII.6 CUSTO TOTAL PARA A SOCIEDADE

Calcular o custo total do malefício do consumo abusivo de bebidas alcoólicas para a sociedade é sem dúvida uma tarefa complexa. Uma fórmula possível para se obter o montante seria:

Custo total do álcool = custo de acidentes causados por álcool + custo de tratamento por enfermidades causadas pelo álcool + custo dos episódios de violência mediados pelo álcool + dias de trabalho perdidos por abuso de álcool + dias de vida perdidos por abuso de álcool + custo da perda de produtividade atual e futura (SAF)

No seu livro *Alcoologia – o alcoolismo na perspectiva da saúde pública*, o Prof. José Mauro Braz de Lima estima o custo total do alcoolismo no Brasil em cerca de 7% do Produto Interno Bruto, contra 3% nos EUA e 1,5% na França.

## VII.7 COMERCIALIZAÇÃO E PUBLICIDADE

Segundo informação institucional da Ambev (disponível no endereço eletrônico <http://www.ambev.com.br/pt-br/a-ambev/cadeia-produtiva/cliente-pdv>), “*somente no Brasil, são aproximadamente 1 milhão de estabelecimentos que vendem nossas bebidas.*” Há que se considerar que uma proporção desses estabelecimentos somente vende bebidas não-alcoólicas, como as cantinas escolares. Por outro lado, a esse número devem ser somados todos os estabelecimentos que vendem produtos de concorrentes, além dos pequenos estabelecimentos que vendem produtos locais, mormente aguardente de cana.

De todo modo, verifica-se no Brasil uma enorme facilidade para adquirir bebidas alcoólicas em estabelecimentos a princípio estranhos, como padarias, postos de gasolina e bancas de revista, por exemplo.

O aspecto de maior gravidade, porém, é a facilidade de acesso à bebida alcoólica por menores de idade. Como exposto no item 1, acima

de 80% dos estudantes entre 16 e 18 anos relataram haver ingerido álcool pelo menos uma vez na vida, apesar da expressa proibição de venda de bebida alcoólica a crianças e adolescentes contida no art. 81 da Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), e no art. 63 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais).

O Estado de São Paulo recentemente aprovou a Lei Estadual nº 14.592, de 19 de outubro de 2011, que estabelece sanções administrativas para os estabelecimentos comerciais que venderem bebidas para menores. Apesar do pouco tempo de vigência da lei, numerosos estabelecimentos já foram multados com base em suas disposições e a repercussão na sociedade tem sido de grande monta.

No tocante à publicidade, em primeiro lugar devemos novamente ressaltar a contradição inserida na legislação brasileira pela Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Aquele instrumento legal somente considera bebidas alcoólicas as que apresentem conteúdo de álcool superior a treze por cento, deixando livre dos seus efeitos a virtual totalidade das cervejas e as isentando das restrições à publicidade, como horário (após as 23 horas) e vedação de patrocínio a eventos esportivos.

Apesar das alegações em contrário por parte de depoentes a esta Comissão, é improvável que empresas bem estabelecidas no mercado despendam grandes somas em publicidade sem perspectiva de aumentar suas vendas. Com efeito, o volume de vendas da indústria cervejeira tem mostrado consistente expansão. É bastante eloquente o fato de que no primeiro semestre de 2011, entre os dez maiores anunciantes do país encontravam-se duas cervejarias: Ambev, em terceiro lugar, e Cervejaria Petrópolis, em sexto. Trata-se de um grande volume de divulgação publicitária, levada ao ar a qualquer horário do dia e atingindo maciçamente a população jovem, mais sensível e vulnerável ao apelo do consumo.

As cervejas são efetivamente bebidas alcoólicas. Existe uma forma universalmente conhecida de comparar diferentes bebidas, que é a quantidade de álcool puro presente. A unidade de álcool puro, cerca de 12 gramas de álcool puro, encontra-se em uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de aguardente. Ou seja, o consumo de um dado número de latas de cerveja equivale ao consumo do mesmo número de doses de cachaça. Não se justifica, pois, a exclusão das cervejas das restrições à publicidade.

Este Congresso Nacional não se tem furtado a enfrentar a questão. São numerosos os projetos de lei que visam a alterar a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, de modo a rebaixar o limite de gradação alcoólica para caracterizar a bebida como alcoólica. Infelizmente, todos os projetos têm sido apensados ao Projeto de Lei nº 4.846/1994, atualmente com várias dezenas de apensos e com sua tramitação parada.

## VII.8 TRATAMENTO E PREVENÇÃO

A embriaguez ocasional pode causar acidentes, episódios de violência e, dependendo da intensidade do consumo, até mesmo a morte. Entretanto, é o consumo imoderado prolongado o alcoolismo, que gera os maiores ônus à saúde pública e à sociedade. Estima-se que atualmente entre nove e dez por cento da população brasileira sejam alcoolistas. Projetando para uma população de cento e noventa milhões, seriam entre **dezessete** e **dezenove** milhões de pessoas.

Desde a década de 1950 a Organização Mundial da Saúde considera o alcoolismo como uma enfermidade. Na atual versão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) figura, além das enfermidades físicas causadas por álcool, como cirrose e neuropatia, uma categoria (F10) dedicada aos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool.

Definido o alcoolismo como enfermidade, deve-se buscar um tratamento específico. O ponto de partida é, obviamente, a abstinência do consumo de álcool, porém a doença alcoólica apresenta-se de várias formas diferentes (a categoria F10 subdivide-se em dez subcategorias, refletindo essa variedade) e o tratamento do alcoolismo deve ser adequado a cada caso.

Atualmente o tratamento dos alcoolistas no SUS é centrado nos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas, criados mediante a Portaria do Ministério da Saúde n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, com as seguintes características:

[...]

*4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade*

*operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:*

*a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;*

*b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;*

*c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;*

*d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;*

*e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;*

*f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;*

*g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.*

*h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.*

*4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:*

*a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);*

*b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);*

*c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;*

*d - visitas e atendimentos domiciliares;*

*e - atendimento à família;*

*f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;*

*g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.*

*h - atendimento de desintoxicação.*

#### *4.5.2 - Recursos Humanos:*

*A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:*

*a - 01 (um) médico psiquiatra;*

*b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;*

*c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;*

*d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;*

*e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.*

O modelo de atenção dos CAPS-ad, portanto, prevê uma equipe multidisciplinar de apoio para os pacientes e uma proposta de tratamento integralizante.

Diversos depoentes teceram elogios eloquentes à fórmula e ao funcionamento dos CAPS-ad, porém duas ressalvas foram recorrentes durante os trabalhos desta Comissão:

1) os CAPS-ad existentes são em número francamente insuficiente para as necessidades do país (admitindo um número de pacientes por volta de dezenove milhões);

2) o modelo de atenção baseado no serviço ambulatorial não atende adequadamente àqueles (muitos) pacientes que necessitam de internação.

### **VII.8.1 Grupos e comunidades terapêuticas**

Durante os trabalhos desta Comissão, compareceram a audiências públicas representantes de entidades de apoio e assistência a

alcoolistas, que tiveram oportunidade de expor seus métodos de trabalho e resultados obtidos.

Tomou-se conhecimento, por outro lado, de objeções de caráter técnico-científico ao trabalho de algumas comunidades terapêuticas, apresentadas profissionais da área da saúde.

Aprofundar-se em demasia sobre o trabalho das entidades e comunidades terapêuticas fugiria ao escopo da Comissão Especial sobre Bebidas Alcoólicas, onde não ocorreram discussões específicas sobre ciência e técnica. Ficou claro, entretanto, o grande valor para a sociedade da existência dessas entidades.

Abundam os relatos de alcoolistas e familiares que debalde procuraram assistência no sistema oficial e se viram acolhidos por comunidades terapêuticas, com resultados amplamente positivo.

Particularmente importante é o trabalho dos Alcoólicos Anônimos (AA). Esta associação, nascida no ano de 1935, baseia-se no trabalho voluntário e conjunto de ex-alcoólatras, mediante um programa de doze passos. No ano de 2006, havia 1.867.212 membros e 106.202 grupos de AA em todo o mundo, com resultados excelentes.

No Brasil, destaca-se o louvável trabalho realizado pela Fazenda da Esperança. Esta obra, iniciada em 1983 pelo Sr. Nelson Giovaneli e pelo Frei Hans Satpel, na cidade de Guaratinguetá, São Paulo, tem tido ao longo destas décadas enorme sucesso em tratar e recuperar dependentes químicos. Hoje, existem Fazendas da Esperança em outros 14 estados brasileiros, no Distrito Federal e em dez países estrangeiros.

## **VII.9 ALCOOLISMO ENTRE A POPULAÇÃO INDÍGENA**

As bebidas alcoólicas, produzidas por métodos artesanais de fermentação e de baixo teor alcoólico, são tradicionalmente usadas pelos índios brasileiros, especialmente em festividades e rituais.

A perda das suas terras e o conseqüente abandono das tradições, aliados à disponibilidade abundante de bebidas destiladas a baixo preço torna a população indígena particularmente vulnerável ao alcoolismo, especialmente aquela vivendo em reservas de reduzidas dimensões e próximas a centros urbanos.

Um fator agravante é o fato de que alguns dos referidos rituais costumam incluir jogos de guerra e combates corpo-a-corpo, estabelecendo uma relação cultural entre embriaguez e violência. Como relatou a esta Comissão o Dr. Zelik Traijber, coordenador da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) de Dourados, oitenta e três por cento dos casos de violência no Distrito Sanitário Indígena do Mato Grosso do Sul ocorrem sob efeito de bebidas alcoólicas.

A disponibilização de bebidas em terras indígenas é crime, definido na Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973 (Estatuto do Índio):

[...]

Art.58º . Constituem crimes contra os índios e a cultura indígena:

[...]

III - propiciar, por qualquer meio, a aquisição, o uso e a disseminação de bebidas alcoólicas, nos grupos tribais e entre índios não integrados. Pena - detenção de seis meses a dois anos;

Contudo, existe uma óbvia dificuldade, principalmente no caso de aldeias próximas a centros urbanos, em impedir os indivíduos de adquirir bebidas no comércio externo.

O combate ao alcoolismo entre os índios passa, necessariamente, por uma política integral de assistência às comunidades indígenas, à delimitação de suas terras e defesa de suas tradições culturais.

Além disso, faz-se necessário um programa especializado e direcionado de prevenção e tratamento, que não pode prescindir da participação maciça de assistentes sociais.

## **VII.10 INICIATIVAS LEGISLATIVAS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO NACIONAL**

Como já citado no tópico VII.7, a Lei nº 9.294, de 15 de Julho de 1996 é a que dispõe atualmente sobre as restrições ao uso e à propaganda de bebidas alcoólicas, além de produtos fumíferos, medicamentos,

terapias e defensivos agrícolas. A maior parte dos projetos que visam a dispor sobre o tema tenta fazê-lo mediante modificação daquela lei.

A tramitação conjunta (apensação) de projetos de lei afins é prevista no art. 142 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados (RICD). A superveniência do Projeto de Lei nº 6.869/2010, do Senado, provocou, nos termos do art. 143, a apensação a ele de todos os projetos preexistentes, implicando na situação que se descreve a seguir:

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
L 6869/2010 Sen. Tasso Jereissati	Acrescenta o art. 242-A à Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar crime a venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 (dezoito) anos, e dá outras providências.	Altera o Decreto-lei nº 3.688, de 1941

#### Projetos apensados ao PL 6869/2010:

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
PL 4846/1994 Dep. Francisco Silva	Estabelece medidas destinadas a restringir o consumo de bebidas alcoólicas.	
PL 6411/2009 Dep. Acélio Casagrande	Modifica os arts. 81 e 243 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente.	Proíbe a venda de produtos cujos componentes possam causar dependência química em crianças e adolescentes, estabelecendo pena de detenção e multa para o infrator.
PL 7307/2010 Dep. Maria Lúcia Cardoso	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal".	Proíbe a propaganda comercial de bebidas alcoólicas nas emissoras de rádio, televisão, jornais e revistas e nas chamadas e caracterizações de patrocínio para eventos alheios à programação das emissoras.

#### Apensado ao PL 6411/ 2009:

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
PL 7735/2010 Dep. Márcio França	Incluir a expressão "bebida alcoólica" no art. 243 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente.	Esclarece que o fornecimento de bebida alcoólica a criança e adolescente é vedado por lei.

#### Apensados ao PL 4846/1994:

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
PL-3037/1997 Dep. Robson Romero	Modifica a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, proibindo a propaganda de bebidas alcoólicas e produtos derivados do tabaco em eventos esportivos.	
PL 3042/1997 Dep. Marçal Filho	Modifica dispositivos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, e dá outras providências.	
PL 3380/1997 Dep. Dalila Figueiredo	Altera o § 2º do art. 3º da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.	Inclui a advertência de que fumar pode matar e de que a nicotina vicia, nas propagandas de produtos derivados do
PL 3497/1997 Dep. Silas Brasileiro	Proíbe a venda de bebida alcoólica nos estádios desportivos.	
PL 3626/1997 Dep. Ricardo Izar	Altera o § 1º do art. 2º da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, com o fim de proibir o uso de produtos fumígenos em todas as dependências dos estabelecimentos de ensino do País.	
PL 3869/1997 Dep. Corauci Sobrinho	Dispõe sobre a obrigatoriedade da expressão que especifica nos rótulos dos frascos e embalagens de bebidas alcoólicas e dá outras providências.	
PL 3993/1997 Dep. Enio Bacci	Proíbe a publicidade de bebidas alcólicas em qualquer órgão de imprensa e dá outras providências.	
PL 4062/1998 Dep. Jorge Wilson	Modifica a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, proibindo a veiculação de propaganda de bebidas alcoólicas e produtos derivados do tabaco em eventos desportivos.	
PL 4111/1998 Dep. Maria Valadão	Limita a veiculação de publicidade de bebidas alcoólicas e dá outras providências.	
PL 4160/1998 Dep. Aldir Cabral	Obriga que, na publicidade de bebidas alcoólicas, se faça menção ao crime previsto no art. 306 do Código de Trânsito Brasileiro e dá outras providências.	Crime de conduzir veículo automotor, na via pública, sob a influência de álcool ou substância de efeitos análogos, expondo a dano potencial e

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
		incolumidade de outrem.
PL 4204/1998 Dep. Dilso Sperafico	Proíbe a publicidade de bebidas alcoólicas no rádio e na televisão e dá outras providências.	
PL 4215/1998 Dep. Lidia Quinan	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º, do artigo 220 da Constituição Federal.	Determinando que os efeitos prejudiciais causados pelo consumo de bebida alcoólica sejam bem divulgados nos meios de comunicação.
PL 4469/1998 Dep. Jorge Wilson	Modifica a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, obrigando a inserção de mensagens alusivas aos prejuízos da ingestão de bebidas na propaganda comercial.	
PL 4528/1998 Dep. Raimundo Santos	Obriga a propaganda de bebidas alcoólicas a conter advertência sobre os perigos do alcoolismo e dá outras providências.	
PL 4618/1998 Dep. Telmo Kirst	Torna obrigatória mensagem alusiva aos danos do alcoolismo sobre a saúde nas embalagens, e na divulgação de marcas de bebidas alcóolicas e dá outras providências.	
PL 4705/1998 Dep. Elias Murad	Modifica a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal", estabelecendo novas normas para a publicidade de bebidas alcoólicas.	
PL 4796/1998 Dep. Vicente André Gomes	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º, do artigo 220 da Constituição Federal.	Estabelece que a propaganda em qualquer meio de comunicação, conterá advertência, escrita e/ou falada, sobre os malefícios do álcool, através de diversas frases, que deverão variar a cada 05 (cinco) meses, todas precedidas da afirmação: "O Ministério da Saúde adverte...".
PL 251/1999 Dep. Valdemar Costa Neto	Altera dispositivos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, estabelecendo restrições para a venda de bebidas alcoólicas e dando outras providências.	Considera bebida alcoólica as bebidas potáveis com qualquer teor alcoólico; proíbe a venda de derivados de fumo e bebida alcoólica aos menores de 18 (dezoito) anos e vedando o uso e a existência de áreas destinadas exclusivamente ao consumo de bebidas e cigarro em aeronaves e transporte coletivo.
PL 633/1999 Dep. Bispo Rodrigues	Modifica a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal", proibindo a publicidade de produtos fumíferos e bebidas alcoólicas nos estádios e em eventos desportivos.	
PL 806/1999 Dep. João Caldas	Modifica a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições à propaganda de produtos fumíferos, bebidas	

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
	alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal", estabelecendo limites adicionais à publicidade de produtos fumíferos e bebidas alcoólicas.	
PL 931/1999 Dep. Luiz Ribeiro	Dispõe sobre mensagem de advertência a ser aposta nas embalagens de bebidas alcoólicas.	
PL 963/1999 Dep. Ronaldo Vasconcelos	Altera dispositivo da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.	Proíbe o uso de cigarro e bebida alcoólica em escola de educação infantil, ensino fundamental e médio e em aeronave e transporte coletivo.
PL 964/1999 Dep. Luiz Bittencourt	Modifica a Lei nº 9.294, de 1996, proibindo a oferta e a ingestão de bebidas alcoólicas em aeronaves e veículos de transporte coletivo.	
PL 1056/1999 Dep. Bispo Rodrigues	Modifica a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal", tornando obrigatória a divulgação, nas embalagens de cigarro e de bebidas alcoólicas, as doenças provocadas por estes produtos.	
PL 1100/1999 Dep. Ursicino Queiroz	Acrescenta dispositivo ao art. 63 da Lei das Contravenções Penais.	Aplica a pena em dobro na hipótese do proprietário vender bebida alcoólica a pessoas que estejam conduzindo veículo automotor.
PL 1151/1999 Dep. Feu Rosa	Acrescenta dispositivo ao Código Penal, distinguindo como crime o armazenamento, a venda ou a oferta de bebida alcoólica em posto de abastecimento de combustíveis.	
PL 1277/1999 Dep. Freire Junior	Altera dispositivo da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, estabelecendo nova definição para bebida alcoólica.	
PL 1382/1999 Dep. Glycon Terra Pinto	Modifica a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal".	Proíbe a participação em competição oficial de atleta que tenha feito propaganda comercial de bebida alcoólica nos 12 meses anteriores à data de início do campeonato ou pretenda fazê-lo nos 12 meses posteriores.
PL 1408/1999 Dep. Glycon Terra Pinto	Determina a veiculação de mensagem de advertência, na propaganda de bebidas alcoólicas, relativa aos malefícios decorrentes do seu consumo.	
PL 1512/1999 Dep. Luiz Bittencourt	Modifica a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, proibindo o "merchandising" de bebidas alcoólicas nas emissoras de televisão.	
PL 1599/1999	Dispõe sobre restrições à propaganda de	Proíbe a propaganda de cigarros e

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
Dep. Lincoln Portela	produtos fumíferos e de bebidas alcoólicas	outros derivados do fumo nas emissoras de rádio e televisão, permitindo somente a veiculação em jornais, revistas e demais veículos impressos. Altera a Lei nº 9.294, de 1995.
PL 1706/1999 Dep. Lincoln Portela	Dá nova redação ao art. 4º da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996.	Limita o horário de exibição de propaganda de bebidas, com qualquer teor alcoólico, entre as vinte e duas e as seis horas, nas emissoras de rádio e televisão, incluindo os canais por assinatura.
PL 1761/1999 Dep. Ronaldo Vasconcellos	Acrescenta parágrafo ao art. 2º da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996.	Define como área exclusiva a fumantes, aquelas em que existam vedação total a passagem de odores e fumaças de um recinto para outro.
PL 1893/1999 Dep. Luiz Bittencourt	Modifica a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que "dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências", proibindo a exibição de publicidade de tabaco, bebidas alcoólicas, agrotóxicos, medicamentos, terapias, armas, munições e fogos de artifício durante os programas destinados ao público infanto-juvenil.	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal", para proibir o consumo de bebidas alcoólicas nas aeronaves em vôos comerciais domésticos.
PL 1923/1999 Dep. Benedito Dias	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal", para proibir o consumo de bebidas alcoólicas nas aeronaves em vôos comerciais domésticos.	
PL 1955/1999 Dep. Ricardo Noronha	Dispõe sobre a inserção de mensagem de advertência na propaganda de bebidas alcoólicas que esclareça sobre os malefícios decorrentes do seu consumo.	
PL 1982/1999 Dep. Roberto Pessôa	Proíbe a liberação de recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados ao financiamento de eventos culturais patrocinados ou co-patrocinados por indústrias tabagistas.	
PL 2017/1999 Dep. Confucio Moura	Determina a inserção de mensagem de advertência na propaganda de bebidas alcoólicas.	
PL 2090/1999 Dep. Luiz Bittencourt	Dispõe sobre a proibição da veiculação pelas emissoras de televisão de comerciais dos produtos que especifica nos horários destinados ao público infanto-juvenil.	
PL 2130/1999 Dep. Darcisio Perondi	Dá nova redação ao art. 4º da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996.	Restringe a propaganda de bebidas alcoólicas.
PL 2185/1999 Dep. Alberto Fraga	Estabelece obrigatoriedade de advertências dos riscos do álcool em rótulos e propagandas de bebidas com teor alcoólico, e dá outras providências.	Inclui na restrição as bebidas energéticas ou estimulantes não alcólicas com risco potencial de dependência.
PL 2334/2000 Dep. Lincoln Portela	Determina pena para venda de bebidas alcoólicas nos Estádios de Futebol.	
PL 2365/2000 Dep. Augusto Franco	Dá nova redação ao art. 3º e parágrafos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre restrições ao uso e à	Determina que a propaganda dos produtos citados exibirá advertência, sempre que possível falada e escrita,

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
	propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas nos termos do art. 220 da Constituição Federal.	sobre os seus malefícios.
PL 2389/2000 Dep. José Carlos Coutinho	Dispõe sobre a obrigatoriedade de a embalagem e o rótulo de bebida alcoólica conterem advertência sobre a proibição de sua venda a menores de 18 anos.	
PL 2417/2000 Dep. Lincoln Portela	Determina a obrigatoriedade de constar nos rótulos de bebidas alcoólicas uma advertência dos malefícios que ele causa à saúde.	
PL 2613/2000 Dep. Freire Júnior	Dispõe sobre a proibição de venda de cigarros e outros produtos derivados do tabaco para menores de dezoito anos de idade.	
PL 2786/2000 Dep. Wagner Salustiano	Proíbe o consumo de bebida alcoólica nas aeronaves em vôos comerciais domésticos, regulares ou não, e dispõe sobre o treinamento dos comissários de bordo.	
PL 2833 /2000 Dep. Edinho Araujo	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, restringindo propaganda de bebida alcoólica.	Proíbe a propaganda de bebida com qualquer teor alcoólico nas emissoras de rádio e televisão, em horário não autorizado.
PL 2908/2000 Dep. Ricardo Ferraço	Proíbe a propaganda em rádio, televisão, "outdoors", jornais e revistas de produtos fumíferos e de bebidas alcoólicas.	
PL 2919/2000 Dep. Eduardo Jorge	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220, da Constituição Federal".	Proíbe o uso de cigarros e dos demais derivados do fumo em recinto coletivo público, em recinto coletivo privado. O uso dos citados produtos será permitido desde que haja isolamento físico.
PL 3067/2000 Dep. Marcio Bittar	Dispõe sobre a obrigatoriedade de mensagem de advertência em recipientes de bebidas alcoólicas.	
PL 3089/2000 Dep. Paulo Delgado	Proíbe a propaganda de produtos derivados de tabaco, bebidas alcoólicas e de medicamentos nos termos que especifica.	
PL 3152/2000 Dep. Tetê Bezerra	Proíbe qualquer tipo de patrocínio ao esporte advindo de empresa fabricante de bebidas alcoólicas.	
PL 3262/2000 Dep. Alberto Fraga	Dispõe sobre a proibição de venda de bebidas alcoólicas nos estádios de futebol e nas suas imediações nos dias de jogos.	
PL 3354/2000 Dep. Edinho Araujo	Proíbe servir bebida alcoólica no interior de aeronaves comerciais.	
PL 3423/2000 Dep. De Velasco	Dispõe sobre a proibição de veiculação nas emissoras de televisão de imagens de pessoas fumando ou portando cigarros acesos nos horários que especifica.	
PL 3451/2000 Dep. Bispo Rodrigues	Proíbe a comercialização de bebidas alcoólicas pelos postos revendedores de combustível e dá outras providências.	
PL 3463/2000 Dep. Odelmo Leão	Estende restrições a propaganda comercial de bebidas alcoólicas.	
PL 3583/2000 Dep. Paulo José Gouvêa	Proíbe a divulgação da prática do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas nas emissoras de rádio e televisão.	
PL 3619/2000	Dá nova redação a dispositivos da Lei nº	Dispõe que somente será permitida a

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
Dep. Lincoln Portela	9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas.	propaganda comercial de bebida alcoólica por intermédio de pôster, painel e cartaz interno.
PL 4062/2001 Dep. Ronaldo Vasconcellos	Dispõe sobre a proibição de comercialização de bebidas alcoólicas em estádios de futebol e ginásios esportivos.	
PL 4273/2001 Dep. Jair Bolsonaro	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias, defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220, da Constituição Federal", para proibir o consumo de bebidas alcoólicas em aeronaves comerciais.	
PL 4424/2001 Dep. Dr. Hélio	Acrescenta o inciso I ao § 3º do art. 3º da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, proibindo o uso nas embalagens de cigarros e derivados das expressões "light" e "suave".	
PL 4461/2001 Dep. Luiz Bittencourt	Estabelece condições para a circulação e comercialização de bebidas alcoólicas.	
PL 4532/2001 Dep. Raimundo Santos	Proíbe a comercialização de bebidas alcoólicas em dependências vinculadas a postos revendedores de combustível e dá outras providências.	
PL 4745/2001 Dep. Jorge Pinheiro	Proíbe a venda de bebida alcoólica em postos de abastecimento de combustível e estabelecimentos a eles vinculados e dá outras providências.	
PL 4791/2001 Dep. Norberto Teixeira	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal".	Exige que os rótulos das embalagens e garrafas de bebidas alcólicas contenham advertências sobre os danos causados pelo álcool à mente humana.
PL 4955/2001 Dep. Lincoln Portela	Modifica a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, proibindo a veiculação de imagens de pessoas consumindo bebidas alcoólicas na televisão.	
PL 5140/2001 Dep. Airton Roveda	Dispõe sobre alterações de dispositivos que tratam da propaganda de bebidas alcoólicas da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996 e da Lei nº 10.167, de 27 de dezembro de 2000.	Restringe a propaganda de bebidas alcólicas a cartazes, painéis e pôsteres, na parte interna dos locais de venda; aplica as mesmas proibições legais do cigarro às bebidas alcólicas.
PL 5464/2001 Dep. Ronaldo Vasconcellos	Dispõe sobre restrições à veiculação de imagens de personagens fumando na programação das emissoras de televisão.	Proíbe a veiculação de imagens de personagens fumando fora do horário compreendido entre 22:00 (vinte e duas horas) e 6:00 (seis horas), nas emissoras de televisão aberta ou por assinatura; alterando a Lei nº 9.294, de 1996.
PL 5561/2001 Dep. Magno Malta	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, para tornar obrigatória a inclusão de mensagens de advertência nas embalagens e nos rótulos dos recipientes de bebidas alcólicas.	Autoriza a propaganda comercial de bebidas alcoólicas, exclusivamente, na parte interna dos locais de venda, que deverá conter mensagens de advertência, sobre os prejuízos de sua utilização, assim como os rótulos e embalagens do produto.

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
PL 5708/2001 Dep. Dr. Heleno	Modifica a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e a propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.	Restringe a propaganda de bebida alcoólica no interior dos locais de venda, sendo proibida sua associação ao desempenho saudável de qualquer atividade, devendo conter a seguinte advertência: O Ministério da Saúde adverte: "O álcool em excesso faz mal à saúde"; proíbe a venda aos menores de 18 anos.
PL 5792/2001 Dep. Ivan Paixão	Cria obrigatoriedade de impressão de advertência nos rótulos dos recipientes de bebidas alcoólicas.	Obriga a impressão da seguinte mensagem nos rótulos dos recipientes de bebidas alcoólicas: "Nunca dirija após ingerir bebida alcoólica".
PL 5834/2001 Dep. Eni Voltolini	Dispõe sobre restrições à propaganda de bebidas alcoólicas fermentadas nas emissoras de televisão.	
PL 229/1999 Dep. Bispo Wanderval	Dispõe sobre a proibição de consumo de bebidas alcoólicas em vôos nacionais e internacionais de empresas	: Estabelece que passageiro que desrespeitar será detido pela polícia federal e multado em três salários
PL 2468/2000 Dep. José Carlos Coutinho	Dispõe sobre proibição de fumar em aeronaves comerciais	
PL 4839/2001 Dep. Henrique Fontana	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal".	Aumenta para metade da superfície das embalagens de cigarro a mensagem de advertência do Ministério da Saúde sobre malefícios do fumo.
PL 5121/2001 Dep. Lincoln Portela	Altera a redação dos arts. 2º e 5º da Lei nº 9.294, de 15 de julho	: Proíbe a exibição de programas contendo imagens de pessoas fazendo uso de produtos derivados de fumo, bem como as chamadas e caracterizações de patrocínio, visando eliminar a propaganda direta e indireta de cigarros e similares nas emissoras de rádio e televisão.
PL 5200/2001 Dep. Kincas Mattos	Dispõe sobre restrições ao uso de bebidas alcoólicas em aeronaves.	
PL 5528/2001 Dep. Ivan Paixão	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do parágrafo 4º do art. 220 da Constituição	Exige que as cláusulas de advertência contra os malefícios dos derivados do fumo deverão ocupar pelo menos 30% (trinta por cento) da frente e 40% (quarenta por cento) da parte posterior do maço, carteira ou pacote do produto.
PL 5973/2001 Dep. Carlos Nader	Dispõe sobre a obrigatoriedade de a embalagem e o rótulo de bebida alcoólica conterem advertência sobre a proibição de sua venda a menores de 18 anos.	
PL 6017/2001 Dep. Ivan Paixão	Proíbe o serviço de bebidas alcoólicas destiladas nos vôos domésticos de transporte de passageiros.	
PL 6206/2002 Dep. Lincoln Portela	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal", para proibir o uso de bebidas alcoólicas nos veículos de transporte coletivo.	

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
PL 6343/2002 Dep. Luiz Bittencourt	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal."	: Inclui 2 (duas) mensagens de advertência nas embalagens de cigarros; aumentando o espaço que deverá ser ocupado pela mensagem, em 30% na frente e 40% no verso da embalagem.
PL 6729/2002 Dep. José Carlos Coutinho	Estabelece a proibição de venda de bebidas alcoólicas para menores de 21 anos, e dá outras providências.	
PL 6971/2002 Dep. José Carlos Coutinho	Estabelece a prevenção do tabagismo entre crianças e adolescentes	
PL 7332/2002 Dep. Cabo Júlio	Altera dispositivos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição.	: Proíbe o uso de bebida alcoólica em aeronaves e veículos de transporte coletivo; restringe a publicidade de bebidas e produtos fumíferos a painéis, pôsteres e cartazes, na parte interna dos locais de venda.
PL 200/2003 Dep. Angela Guadagnin	Dá nova redação ao parágrafo único do art. 1º da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição	
PL 204/2003 Dep. Rubinelli	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e a propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal	: Dispõe que os rótulos das embalagens de bebidas alcoólicas conterão advertências contra os males e danos causados pelo álcool.
PL 212/2003 Dep. Feu Rosa	Proíbe a venda de bebidas alcoólicas destiladas em quiosques de praia, em feiras livres e por ambulantes em logradouros e locais públicos.	
PL 327/2003 Dep. Pastor Reinaldo	Dispõe sobre a proibição de comercialização de bebidas alcólicas em estádios de futebol e ginásios esportivos.	
PL 330/2003 Dep. Pastor Pedro Ribeiro	Altera dispositivos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição	: Normatiza a propaganda e informações dos rótulos das bebidas alcoólicas, considerando como tal as bebidas potáveis com teor alcoólico superior a quatro graus Gay Lussac
PL 412/2003 Dep. Jorge Boeira	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição	: Dispõe que os rótulos das embalagens da bebidas alcoólicas devem conter mensagens sobre doenças decorrentes
PL 445/2003 Dep. Luiz Bittencourt	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do parágrafo 4º do art. 220 da Constituição	: Exige que os rótulos das embalagens e garrafas de bebidas alcoólicas contenham advertência sobre os danos causados pelo álcool à mente humana assim como nas propagandas dos diversos meios de comunicação.
PL 871/2003	Altera dispositivos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, estabelecendo restrições	: Fixa a graduação alcoólica das bebidas; proíbe sua venda a menores

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
Dep. Julio Lopes	para a venda de bebidas alcoólicas e dá outras providências.	de 18 anos e estabelece que os rótulos e embalagens deverão conter advertência sobre a proibição da venda e que a bebida alcoólica causa dependência
PL 983/2003 Dep. Colbert Martins	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996 que "dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da	: Dispõe que as embalagens de latas e garrafas e a propaganda comercial de bebida alcoólica nos meios de comunicação contenham advertência sobre os malefícios do álcool, utilizando-se de frases precedidas da afirmação: "O Ministério da Saúde
PL 1171/2003 Dep. Léo Alcântara	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, para dispor sobre a veiculação de mensagem de advertência nas embalagens de bebidas alcoólicas.	Obriga a colocação de advertência nos rótulos das embalagens de bebidas alcoólicas com a seguinte mensagem: "Se beber, não dirija."
PL 1433/2003 Dep. Luciano Zica	Altera dispositivos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas".	Proíbe o uso do fumo nas praças de alimentação dos shopping centers.
PL 1657/2003 Dep. Alberto Fraga	Estabelece normas gerais de consumo de bebidas alcoólicas em bares, restaurantes e similares, e dá outras providências.	
PL 1774/2003 Dep. Reinaldo Betão	Obriga fabricantes de bebidas alcoólicas a colocar no rótulo das embalagens os dizeres que especifica.	
PL 1788/2003 Dep. Coronel Alves	Estabelece condição para a venda de cigarros, charutos e derivados do tabaco.	
PL 1789/2003 Dep. Coronel Alves	Dispõe sobre relações de consumo, distribuição e circulação de substâncias etílicas e dá outras providências.	
PL 1880/2003 Dep. Ronaldo Vasconcellos	Proíbe a comercialização, no Território Nacional, de tabaco e seus derivados em padarias, supermercados e estabelecimentos congêneres.	
PL 1915/2003 Dep. Neuton Lima	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal	Restringe a venda de bebida alcoólica ao período entre 22 horas e 5 horas e 59 minutos em bares, restaurantes e clubes localizados em área residencial e de 10 horas às 24 horas em áreas comerciais e shoppings.
PL 1945/2003 Dep. Eduardo Paes	Dispõe sobre a obrigatoriedade de constar, nas embalagens de cigarros, as datas de fabricação e validade.	
PL 1998/2003 Dep. Carlos Nader	Acrescenta parágrafo ao art. 8º da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, para regulamentar informações ao consumidor sobre bebida alcoólica e tabaco.	
PL 2089/2003 Dep. Zico Bronzeado	Proíbe a venda de bebidas alcoólicas em estádios e ginásios de esportes.	
PL 2268/2003 Dep. Rogério Silva	Altera o art. 8º da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, que dispõe sobre a proteção do consumidor, e dá outras providências.	Exige que os produtos tabagistas, (derivado do fumo) e as bebidas de qualquer teor alcoólico deverão ser vendidas somente em embalagens fechadas, acompanhadas de bula, assinada pelo profissional responsável, indicando a composição

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
		do produto e os seus efeitos.
PL 2807/2003 Dep. Carlos Nader	Dispõe sobre obrigatoriedade de mensagem de alerta sobre riscos à saúde em propaganda e embalagens de bebidas, tabaco e derivados.	
PL 3311/2004 Dep. Enio Tatico	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, de forma a estabelecer novas restrições à propaganda de bebidas alcoólicas nas emissoras de rádio e televisão .	Considera bebida alcoólica a bebida com graduação alcoólica acima de meio por cento em volume, a vinte graus Celsius; permite a propaganda entre as vinte e três e as seis horas; e proíbe a participação de modelos nus ou seminus nos anúncios.
PL 3315/2004 Dep. João Castelo	Obriga a inclusão, nas peças publicitárias de bares ou eventos que incentivem o consumo de bebidas alcólicas, de advertências sobre os riscos e possíveis conseqüências por dirigir alcoolizado.	
PL 3321/2004 Dep. Jefferson Campos	Obriga os fabricantes de bebidas alcoólicas a informar os males causados pelo consumo nas embalagens dos produtos.	
PL 3474/2004 Dep. Chico da Princesa	Proíbe a fabricação, importação e comercialização de cigarros no Brasil	
PL 3529/2004 Dep. Leônidas Cristino	Dispõe sobre a obrigatoriedade de mensagens de advertência em garrafas de bebidas alcoólicas.	
PL 3682/2004 Dep. Aracely de Paula	Altera a Lei nº 9.294, de 1996, acrescentado-lhe dispositivo que proíbe a venda de cigarros e similares em estabelecimentos situados em locais onde são proibidos o uso dos mesmos.	
PL 3919/2004 Dep. Carlos Nader	Estabelece condições para a circulação e comercialização de bebidas alcoólicas e dá outras providências.	
PL 4112/2004 Dep. Carlos Nader	Proíbe a ingestão de bebidas alcoólicas nos postos de gasolina localizados nas áreas urbanas.	
PL 4391/2004 Dep. Enio Bacci	Disciplina a comunicação publicitária, mercadológica e/ou institucional de bebidas alcoólicas, advertindo que "O ÁLCOOL EM EXCESSO FAZ MAL À SAÚDE E PODE LEVAR À DEPENDÊNCIA.	
PL 4549/2004 Dep. Carlos Nader	Dispõe sobre a impressão de aviso nos rótulos das bebidas alcoólicas alertando sobre os riscos de seu consumo durante a gravidez e dá outras providências.	
PL 4921/2005 Dep. Carlos Nader	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, impondo restrições à utilização de produtos fumíferos em programas e produções exibidos pelas emissoras de televisão e cinemas em todo o Território Nacional, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.	
PL 5713/2005 Dep. Gilberto Nascimento	Dispõe sobre a obrigatoriedade da rotulagem nutricional das bebidas alcoólicas.	
PL 6329/2005 Dep. Carlos Willian	Dispõe sobre os horários de funcionamento de estabelecimentos que comercializam bebidas alcoólicas, nos municípios com	

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
	população superior a cem mil habitantes.	
PL 6643/2006 Dep. Carlos Nader	Dispõe sobre a proibição do uso do fumo e do álcool em filmes e desenhos infantis ou produtos que condizem com a mesma natureza ou espécie.	
PL 6807/2006 Dep. Carlos Nader	Dispõe sobre a proibição do fumo em locais onde se praticam esportes em todo o Território Nacional e dá outras providências.	
PL 1002/2007 Dep. Jorge Tadeu Mudalen	Altera a Lei nº 9.294, de 1996, que dispõe sobre restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.	Define como bebida alcoólica aquela com teor alcoólico superior a três graus Gay Lussac; estabelece critérios para veiculação de propaganda de cigarro e derivados de fumo.
PL 1016/2007 Dep. Celso Russomanno	Acresce o art. 257-A à Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, bem como parágrafo único ao art. 81 do mesmo diploma legal.	Obriga os estabelecimentos e locais que comercializam bebidas alcoólicas colocar advertência sobre a proibição de venda de bebidas a crianças e adolescentes e autoriza qualquer um a denunciar a prática.
PL 1066/2007 Dep. Miguel Martini	Dispõe sobre a colocação de advertência nas embalagens de bebidas alcoólicas.	Colocação da seguinte mensagem: "O Ministério da Saúde adverte: "O álcool pode causar dependência e, em excesso, é prejudicial à saúde".
PL 1925/2007 Dep. William Woo	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal."	Inclui nos rótulos das embalagens de bebidas alcoólicas a seguinte advertência: "É proibida a venda à criança ou ao adolescente de bebidas alcoólicas, sob pena de detenção de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa".
PL 2026/2007 Dep. Augusto Carvalho	Altera o art. 4º da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas".	Limita a exibição de propaganda comercial de bebida alcoólica, de qualquer teor alcoólico, das vinte e uma às seis horas.
PL 2035/2007 Dep. Raimundo Gomes de Matos	Altera redação do caput do art. 2º da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996.	Extingue a área destinada exclusivamente a fumantes - "fumódromo".
PL 2134/2007 Dep. Rita Camata	Altera o parágrafo único do art. 1º da Lei nº 9.294, de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas.	Considera a bebida com teor alcoólico superior a 0,5º (meio grau) Gay Lussac como bebida alcoólica.
PL 2369/2007 Dep. Juvenil Alves	Proíbe a comercialização de bebidas alcoólicas em sítios eletrônicos da rede mundial de computadores (Internet) e dá providências correlatas.	
PL 2549/2007 Dep. Jorge Tadeu Mudalen	Restringe a venda e uso de produtos derivados do tabaco e estabelece o ressarcimento do Poder Público pelas empresas produtoras de produtos derivados de tabaco.	
PL 2658/2007 Dep. Vital do Rêgo Filho	Altera a redação do caput do art. 63 da Lei de Contravenções Penais (Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941) e acrescenta parágrafo único ao mesmo artigo, nos termos desta lei.	Tipifica como contravenção penal, colocar à disposição ou permitir o consumo de bebidas alcoólicas; aumenta a pena em dobro no caso de menor de 18 (dezoito) anos.
PL 2733/2008	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de	Reduz de treze para meio grau Gay-

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
Poder Executivo	1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas.	Lussac - GL, o teor alcoólico a partir do qual, para todos os efeitos legais, uma bebida será considerada como alcoólica.
PL 2760/2008 Dep. Eduardo da Fonte	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que trata da propaganda de cigarros e bebidas alcoólicas, entre outros, para dispor sobre a divulgação desses produtos ao longo das rodovias federais.	
PL 2840/2008 Dep. Ricardo Izar	Modifica e suprime dispositivos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, restringindo a propaganda de bebidas alcoólicas.	Restringe a publicidade das bebidas alcoólicas e produtos fumíferos à parte interna do local de venda, através de pôsteres, painéis e cartazes.
PL 3164/2008 Dep. Geraldo Pudim	Altera a redação da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, a qual dispõe sobre as Restrições ao Uso e à Propaganda de Produtos Fumíferos, Bebidas Alcoólicas, Medicamentos, Terapias e Defensivos Agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.	Reduz para meio grau Gay Lussac (GL) o teor alcoólico da bebida potável para considerá-la bebida alcoólica.
PL 3287/2008 Dep. Wellington Fagundes	Proíbe a prática do tabagismo pelo motorista em veículos particulares, e de maneira geral nos veículos de transporte coletivo rodoviário e ferroviário, urbano, intermunicipal e interestadual e dá outras providências.	
PL 3389/2008 Dep. Dr. Talmir	Modifica a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, determinando a veiculação de mensagem de alerta quanto aos danos do tabagismo nos veículos de imprensa.	A ser divulgada anualmente, no dia 29 de agosto, na primeira página dos jornais e periódicos de circulação diária.
PL 3414/2008 Dep. Marcelo Melo	Proíbe, em todo o território nacional, a realização de eventos nos quais o preço da entrada inclui bebida alcoólica à vontade, os chamados "open bar".	
PL 4128/2008 Dep. Jovair Arantes	Altera o art. 2º da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas.	Proíbe a utilização de produtos fumíferos em recintos coletivos fechados, públicos ou privados.
PL 4291/2008 Dep. Jorginho Maluly	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, de forma a estabelecer a obrigatoriedade de inserção, nos anúncios de bebidas alcoólicas nas emissoras de rádio e televisão, de advertência sobre a tipificação penal do ato de dirigir sob efeito de álcool.	Com a redação pela Lei nº 11.705, de 2008 - "Lei Seca".
PL 4582/2009 Dep. Dr. Talmir	Modifica o § 3º do art. 3º da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, para restringir o uso de cores em embalagens de produtos fumíferos.	
PL 5086/2009 Dep. Nelson Bornier	Torna obrigatório mensagem de alerta sobre riscos à saúde pelo uso de bebidas alcoólicas, nas propagandas de rádio e televisão.	
PL 3691/2008 Ap. PL 3287/2008 Dep. Dr. Talmir	Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, para proibir o motorista de dirigir fumando.	
PL 5091/2009 Ap. PL 3287/2008	Altera o Código de Trânsito Brasileiro - CTB, para proibir o uso de cigarros e	

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
Dep. Rodrigo Rollemberg	assemelhados quando houver menores de 18 anos no veículo e dá outras providências.	
PL 6731/2010 Ap. PL 3287/2008  Dep. Marçal Filho	Acrescenta inciso ao art. 252 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, para estabelecer infração referente a modo indevido de dirigir veículo automotor.	
PL 703/2011 Ap. PL 2134/2007  Dep. Paulo Pimenta	Modifica a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, estendendo as restrições da publicidade de bebidas alcoólicas a cervejas e assemelhados.	
PL 2833/2008 Ap. PL 2035/2007  Dep. Geraldo Pudim	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal a fim de instituir a proibição total de fumar em recintos coletivos.	Fica proibida a instalação de área isolada destinada a fumante.
PL 5492/2009 Ap. PL 2035/2007  Dep. Dimas Ramalho	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que "dispõe sobre as restrições do uso e à propaganda de bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas nos termos do art. 220 da Constituição Federal".	Proíbe a utilização de produtos fumígenos, derivado ou não do tabaco, em ambientes coletivos, públicos e privados de todo o território nacional, mesmo que os recintos sejam total ou parcialmente fechados.
PL 6379/2005 Ap. PL 6329/2005  Dep. Nilson Mourão	Dispõe sobre o horário de funcionamento de bares.	
PL 6556/2009 Ap. PL 3474/2004  Dep. Dr. Talmir	Dispõe sobre a proibição à importação de cigarros e dá outras providências.	
PL 4721/2004 Ap. PL 3474/2004  Dep. Lupércio Ramos	Proíbe a industrialização, a venda e a comercialização de cigarros, cigarrilhas, charutos e outros produtos que usem fumo tratado com agrotóxico, defensivos agrícolas, pesticidas e venenos químicos (organofosforados).	
PL 3080/2004 Ap. PL 1945/2003  Dep. Eduardo Paes	Dispõe sobre a obrigatoriedade de constar nas embalagens de cigarro, a data de fabricação e validade	
PL 290/2011 ap. PL 1788/2003  Dep. Dr. Aluizio	Dispõe sobre a restrição da venda de produtos derivados do tabaco e fumíferos em geral.	
PL 5014/2009 Ap. PL 1788/2003  Dep. Roberto Alves	Estabelece condição para a venda de cigarros, charutos e derivados do tabaco.	Estabelece que os derivados de fumo, inclusive o cigarro, deverão ser guardados em lugar não visível ao público.
PL 1115/2011 ap. PL 4461/2001  Dep. Missionário José Olímpio	Dispõe sobre a obrigatoriedade de conter nos rótulos das bebidas alcoólicas os males que o consumo de álcool causa à saúde.	
PL 7233/2010 Ap. PL 928/2003  Dep. Leandro Sampaio	Proíbe a venda de cigarros, cigarrilhas e charutos aromatizados no país e dá outras providências.	
PL 928/2003	Proíbe a inscrição dos termos "light",	

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
Ap. PL 4424/2001 Dep. Julio Lopes	"suave" ou semelhantes nos maços de cigarros e dá outras providências.	
PL 1007/2011 ap. PL 2908/2000 Dep. Givaldo Carimbão	Altera a Lei nº 9.294 de 15 de julho de 1996, estendendo as restrições à Propaganda de Bebidas com qualquer teor Alcoólico.	
PL 6031/2009 Ap. PL 2613/2000 Dep. Vital do Rêgo Filho	Altera a redação de dispositivos da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.	Proíbe a venda de cigarros a crianças e adolescentes.
PL 1064/2011 Ap. PL 590/2011 Dep. Anthony Garotinho	Veda a atletas, treinadores e outros profissionais ligados à área de esportes associarem sua imagem a bebidas alcoólicas e produtos fumígenos.	
PL 590/2011 Ap. PL 7093/2010 Dep. Aureo	Modifica a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, estabelecendo restrições adicionais à publicidade de bebidas alcóolicas.	
PL-7093/2010 Ap. PL 1277/1999 Dep. Nilson Mourão	Dispõe sobre a proibição de publicidade comercial de produtos derivados de tabaco e bebidas alcoólicas nos veículos de comunicação concessionários e permissionários do serviço público em todo o território nacional.	
PL 639/2011 Ap. PL 4160/1998 Dep. Lauriete	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, obrigando a inserção, em propaganda nos meios de comunicação social, de informação alusiva à prática de crime em situação de direção de veículos quando o condutor estiver sob o efeito de álcool.	
PL 903/2011 Ap. PL 4111/1998 Dep. Giovanni Cherini	Proíbe a veiculação de qualquer tipo de publicidade comercial de bebida alcoólica, em qualquer horário, através da televisão em todo território nacional.	
PL 1168/2003 Ap. PL 1175/1999 Dep. Lincoln Portela	Proíbe o uso de cigarros, charutos, cachimbos e demais produtos fumígenos em restaurantes e similares.	Inclui as casas de chá.
PL 5074/2009 Ap. PL 1175/1999 Dep. Antonio Bulhões	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, para permitir o uso de produtos fumígenos somente em locais específicos	Autoriza a utilização de produtos fumígenos em residências, via pública, espaços ao ar livre, instituições de tratamento de saúde, desde que autorizado pelo médico, locais de culto religioso em que o uso faça parte do ritual, estabelecimento destinados ao consumo de fumo e ambiente de uso individual.
PL 1175/1999 Ap. PL 3626/1997 Dep. Pastor Jorge	Estabelece normas quanto ao uso do cigarro em locais públicos.	
PL 3852/1997 Ap. PL 3626/1997 Dep. Edinho Bez	Proíbe o uso de fumo e bebidas alcoólicas, por professores, alunos, servidores e visitantes nas escolas públicas e privadas de 1º e 2º grau.	
PL-5517/2009 Dep. Dr. Talmir	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, incluindo a vedação de veiculação de propaganda de bebidas alcoólicas em materiais esportivos e afins.	Proíbe a propaganda em trajes esportivos relativos a esportes olímpicos, roupas e adereços de torcidas organizadas; define como

Projeto/autor	Ementa	Explicação (quando presente)
		bebida alcoólica as bebidas com teor alcoólico superior a meio grau Gay Lussac.
PL 1722/2011 Dep. João Ananias	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, para proibir a propaganda de bebidas alcoólicas em eventos financiados com recursos públicos ou beneficiados com qualquer forma de renúncia fiscal por parte do Estado.	
PL 2487/2011 Dep. Afonso Hamm	Altera a Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, para dispor sobre a degustação e a comercialização de vinhos, em estabelecimentos vinícolas instalados em faixa de domínio de rodovia federal ou em terrenos contíguos a essa faixa, em zona rural.	
PL 2896/2011 Dep. Roberto de Lucena	Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, para introduzir restrições à divulgação publicitária de bebidas alcoólicas.	

Não pode restar dúvida, portanto, de que os membros desta Casa têm-se ocupado do tema. Uma iniciativa recorrente nos projetos é a de tentar rebaixar, para os efeitos da Lei 9.294/96, o limite de gradação para que uma bebida seja considerada como alcoólica. É o caso do PL 2.733/2008:

*Art. 1º. A Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:*

*“Art. 1º.-A Consideram-se bebidas alcoólicas, para todos os efeitos legais, as bebidas potáveis que contenham álcool em sua composição, com grau de concentração de meio grau Gay-Lussac ou mais.”*

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

*Art. 3º. Fica revogado o parágrafo único do art. 1º da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996.*

A proposição, apresentada pelo Poder Executivo, deveria tramitar em regime de prioridade, nos termos do art. 151, II do RICD. Entretanto, por falta de iniciativa a respeito, encontra-se com sua tramitação parada, sem perspectiva de votação. Dado o grande número de apensos, o PL 6.869/2010 requereria a constituição de Comissão Especial para sua apreciação.

Eis porque esta Comissão houve por bem apresentar à Mesa Diretora da Câmara dos Deputados projeto de lei, para tramitar separadamente, que prevê o rebaixamento da gradação alcoólica, para os efeitos da supracitada Lei 9.294/96, além de advertência nos rótulos de bebidas quanto

aos riscos do consumo durante a gravidez (de modo a combater a incidência da síndrome alcoólica fetal), proibição de venda em postos de combustíveis (para reduzir a disponibilidade de bebidas para condutores de veículos) e proibição inequívoca da venda de bebidas alcoólicas em estádios e ginásios de esportes em eventos esportivos.

### VII.11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação da humanidade com as bebidas alcoólicas é multimilenar. Multimilenares são, também, os problemas causados pelo consumo imoderado de álcool, apesar de todas as iniciativas e esforços para combatê-los ao longo do tempo. Duas conclusões são possíveis. A primeira seria que tentar combater o alcoolismo é tarefa vã. A segunda, albergada com veemência por esta Comissão e amparada por toda a evidência documental e testemunhal recebida durante seus trabalhos, é de que os problemas seriam bem piores se não combatidos. A cada nova iniciativa aprende-se um pouco mais, aperfeiçoam-se os mecanismos de prevenção e de tratamento e, portanto, os esforços passados, presentes e futuros são, mais que válidos, necessários.

A necessidade de coibir o mau uso das bebidas alcoólicas não tem escapado aos legisladores brasileiros. Um exemplo eloquente é o do artigo 63 da Lei de Contravenções Penais, Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941:

[...]

Art. 63. Servir bebidas alcoólicas:

I – a menor de dezoito anos;

II – a quem se acha em estado de embriaguez;

III – a pessoa que o agente sabe sofrer das faculdades mentais;

IV – a pessoa que o agente sabe estar judicialmente proibida de frequentar lugares onde se consome bebida de tal natureza:

Pena – prisão simples, de dois meses a um ano, ou multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis.

O simples cumprimento desse mandamento legal vigente há mais de sessenta anos seria suficiente para minorar a distribuição de bebidas a menores de idade, a embriaguez e diversas consequências desta.

O busílis, portanto, não é carência de lei: existe, sim, carência de fiscalização e controle, e são estes mecanismos que devem ser valorizados e aperfeiçoados.

Um ponto, particularmente, destacou-se em importância, tendo sido recorrente em diversas reuniões e audiências, mesmo quando tratavam de outros temas: o fato de a população brasileira vir iniciando mais cedo o consumo de bebidas alcoólicas. Além do óbvio dano à fisiologia da criança e do adolescente, ao desempenho escolar e às relações familiares, o início precoce do consumo de bebidas alcoólicas desencadeia um processo em cascata: mais pessoas tornam-se alcoolistas, e consomem bebidas por mais tempo na vida, aumentando e antecipando o surgimento de enfermidades ligadas ao alcoolismo. Além disso, não se pode ignorar que o consumo de álcool por adolescentes tende a induzir ao uso de outras drogas, lícitas e ilícitas, e à criminalidade.

Ficou claro para a Comissão que, sem absolutamente descuidar dos demais aspectos do problema, a medida mais necessária a ser tomada, e a que encerra em si as maiores possibilidades de proporcionar bons resultados, é coibir por todos os meios o consumo de bebidas alcoólicas por crianças e jovens, em um esforço que deve envolver toda a sociedade.

Se o artigo acima transcrito da Lei de Contravenções Penais poderia deixar margem a interpretações ambíguas, afinal existe uma diferença entre “servir” bebidas e “vender” bebidas, abrindo espaço para a venda de bebidas a menores, esse espaço foi fechado há mais de vinte anos, pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente):

[...]

Art. 81. É proibida a venda à criança ou adolescente de:

- I - armas, munições e explosivos;
- II - bebidas alcoólicas;
- III - produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica ainda que por utilização indevida;
- IV - fogos de estampido e de artifício, exceto aqueles que pelo seu reduzido potencial sejam incapazes de provocar qualquer dano físico em caso de utilização indevida;
- V - revistas e publicações a que alude o art. 78;
- VI - bilhetes lotéricos e equivalentes.

Não há, como se vê, vazio legal. Entretanto, como mostram diversos estudos, o consumo de bebidas alcoólicas por menores é frequente em todo o país, indicando a necessidade de controle e fiscalização para fazer cumprir a lei e torná-la efetiva.

Sem dúvida, o maior empecilho à fiscalização abrangente e constante é a magnitude do número de estabelecimentos que vendem bebidas alcoólicas, que chega à casa do milhão. Far-se-ia necessário destacar policiais em grande número unicamente para essa tarefa, o que dificilmente seria viável. O problema deve ser, pois, enfrentado de maneira criativa, alocando outros recursos disponíveis.

Uma medida que se afigura como solução simples e eficaz foi a adotada pelo Estado de São Paulo na recentemente aprovada Lei Estadual nº 14.592, de 19 de outubro de 2011, segundo a qual:

[...]

Artigo 1º - Fica proibido, no Estado de São Paulo, vender, ofertar, fornecer, entregar e permitir o consumo de bebida alcoólica, ainda que gratuitamente, aos menores de 18 (dezoito) anos de idade.

[...]

Artigo 2º - A proibição prevista no artigo 1º desta lei implica o dever de cuidado, proteção e vigilância por parte dos empresários e responsáveis pelos estabelecimentos comerciais, fornecedores de produtos ou serviços, seus empregados ou prepostos, que devem:

[...]

Artigo 3º - As infrações das normas desta lei ficam sujeitas, conforme o caso, às seguintes sanções administrativas, sem prejuízo das de natureza civil ou penal e das definidas em normas específicas:

I - multa;

II - interdição.

[...]

Artigo 8º - A fiscalização do disposto nesta lei será realizada pelos órgãos estaduais de defesa do consumidor e de vigilância sanitária, nos respectivos âmbitos de atribuições, os quais serão responsáveis pela aplicação das sanções decorrentes de infrações às normas nela contidas, mediante procedimento administrativo, assegurada ampla defesa.

A lei trata de matéria administrativa; estabelece infrações e sanções administrativas, cria meios de fiscalização e determina que órgãos a farão. Por não ser matéria penal, não há necessidade de autoridades policiais, que mantêm, obviamente, suas atribuições. No entanto, agora a Administração dispõe de um meio efetivo para fiscalizar e coibir a venda de bebidas alcoólicas a menores.

O consumo de bebidas alcoólicas por menores é a tal ponto preocupante que já se registram atitudes da parte da própria indústria de bebidas no sentido de coibi-lo. A Comissão cita nominalmente e louva a iniciativa da Ambev que, em parceria com a rede de supermercados Extra (Grupo Pão de Açúcar) introduziu em suas caixas registradoras mecanismo que detecta a passagem de bebidas alcoólicas, sendo o consumidor prontamente solicitado a apresentar documento de identidade para comprovar ser maior de 18 anos. A imagem abaixo foi registrada em um supermercado do Distrito Federal no dia 1º de fevereiro de 2012.



Semelhantes iniciativas, ainda que indubitavelmente necessárias, não são suficientes, pois é preciso também restringir aos jovens o acesso a bebidas em casa e nos ambientes sociais. Para isso, além de campanhas, será necessária uma mudança cultural no que se refere às bebidas alcoólicas no seio da sociedade.

A complementação dessas medidas deveria ocorrer pelo combate ao apelo ao consumo de bebidas alcoólicas pelos jovens, que se fundamenta em dois componentes: o primeiro, o consumo de bebidas alcoólicas por adultos e sua aparente correlação com a maturidade, é cultural e fortemente

arraigado em praticamente todas as sociedades e, portanto, muito difícil de trabalhar. O segundo, a forte presença nos meios de comunicação, especialmente na televisão, de peças publicitárias que induzem ao consumo de bebidas, pode e deve ser abordado.

Apesar dos argumentos apresentados em contrário, até com grande eloquência, a esta Comissão, parece bastante clara a influência da publicidade na atitude dos jovens em relação às bebidas alcoólicas, e portanto a importância de restringir a publicidade de bebidas alcoólicas, qualquer que seja a sua gradação alcoólica, medida facilmente implementada por pequena modificação no texto da Lei nº 9.294/96, como visto no item VI.7.

No que tange ao tratamento, destaca-se a importância de aperfeiçoar a rede de tratamento, o que inclui tanto a instalação dos CAPS-ad previstos, em todos os municípios com população superior a 70.000 habitantes, como a disponibilização de leitos hospitalares especializados para acolher os pacientes que necessitam de internação. Em relação à atuação do Poder Executivo no tocante ao tratamento dos alcoolistas, a Comissão tem duas observações a fazer: uma positiva, referente à decisão de acolher as comunidades terapêuticas no Sistema Único de Saúde, mediante o cumprimento dos requisitos constantes do Edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD/MS; a outra, negativa: apesar de os dependentes de álcool serem em número francamente superior a todas as drogas ilícitas somadas, a verba para prevenção e tratamento dessas últimas vem recebendo incremento e se tornando superior à destinada aos alcoolistas.

A complexidade e o volume das ações necessárias não são pequenos. Entretanto, nós, os membros da Comissão, temos convicção de que o intenso trabalho realizado durante os últimos dez meses servirá de alicerce sólido para futuras iniciativas. Além do já referido projeto de lei, apresento a seguir uma proposta de emenda constitucional, que deverá sofrer o trâmite próprio, que estabelece a destinação constitucional obrigatória do montante arrecadado por meio do imposto sobre produtos industrializados para o tratamento de enfermidades causadas pelo álcool. Finalizo com algumas recomendações à Mesa da Câmara dos Deputados, ao Poder Executivo, aos governos estaduais e às prefeituras.

## VIII – PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS DA COMISSÃO

### VIII.1 Proposta de Emenda à Constituição

#### PROPOSTA DE EMENDA CONSTITUCIONAL N.º \_\_\_\_\_, DE 2012. (da Comissão Especial de Bebidas Alcoólicas)

Acrescenta o inciso “V” ao § 3º do art. 153 da Constituição Federal para estabelecer a destinação constitucional obrigatória do montante arrecadado por meio do imposto sobre produtos industrializados, quando incidente sobre produção de bebidas alcoólicas, ao financiamento de tratamentos e internações decorrentes do consumo dessa substância.

A Mesa da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 2º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte emenda constitucional:

Art. 1º O § 3º do art. 153 passa a vigorar acrescido do seguinte inciso:

“Art. 153. ....  
.....

§ 3º.....

*“V – quando incidente sobre produção de bebidas alcoólicas, terá a arrecadação integralmente destinada ao financiamento de tratamentos e internações decorrentes do consumo dessa substância.”*

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

### JUSTIFICAÇÃO

A Constituição Federal permite que o imposto sobre produtos industrializados “seja seletivo, em função da essencialidade do produto”,

elevando a carga fiscal incidente sobre bens não meritórios, como é o caso das bebidas alcoólicas. A tributação diferenciada sobre tais mercadorias permite internalizar, em seu processo produtivo, os diversos custos sociais implicados pela produção dessas substâncias.

Não há, entretanto, qualquer regra na Constituição Federal que assegure que as receitas auferidas pelo meio da cobrança do imposto sobre produtos industrializados, incidente sobre produção de bebidas alcoólicas, seja efetivamente destinado a cobertura dos custos sociais do consumo desse bem.

É sabido que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas traz custos sociais elevados, que se relacionam com a desagregação familiar, violência doméstica, acidentes de trânsito e diversas enfermidades, direta ou indiretamente, causadas pelo consumo de bebidas alcoólicas. Em partes, tais custos são assumidos pelo próprio Poder Público, que se vê obrigado a custear, por meio do Sistema Único de Saúde, as despesas relativas ao tratamento e internações de inúmeros pacientes vítimas de acidentes de trânsito ou enfermidades decorrentes do uso de bebidas alcoólicas.

Sendo assim, a proposta de emenda constitucional que ora se apresenta pretende sanar lacuna existente no texto constitucional, assegurando que os recursos obtidos por meio da tributação da produção de bebidas alcoólicas possa servir ao custeio das despesas médicas atinentes a tratamentos e internações decorrentes de enfermidades e acidentes causados pelo consumo dessas mesmas substâncias.

Sala das Sessões,                    de                    de 2012.

**Comissão Especial de Bebidas Alcoólicas**

## VIII.1 Projeto de Lei

### PROJETO DE LEI N.º \_\_\_\_\_, DE 2011. (da Comissão Especial de Bebidas Alcoólicas)

Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, para estabelecer restrições à publicidade e comercialização de bebidas alcoólicas, e a Lei nº 10.671, de 15 de maio de 2003, para proibir o consumo de bebidas alcoólicas nos eventos esportivos.

#### O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O parágrafo único do art. 1º da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º .....

*Parágrafo único. Consideram-se bebidas alcoólicas, para todos os efeitos legais, as bebidas potáveis que contenham em sua composição teor de álcool igual ou superior a meio grau Gay-Lussac.” (NR)*

Art. 2º O §2º do art. 4º da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 4º .....

*§ 2º Os rótulos das embalagens de bebidas alcoólicas conterão advertências nos seguintes termos: "Evite o Consumo Excessivo de Álcool" e "Evite o Consumo de Álcool durante a gestação". (NR)*

Art. 3º O texto da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, passa a vigorar acrescido dos seguintes arts. 8º-A e 8º-B:

*“Art. 8º-A Além das restrições estabelecidas pela Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, é vedada a venda de bebidas alcoólicas:*

*I – em postos de combustíveis e estabelecimentos contíguos;*

*II – em estádios de futebol, ginásios e quaisquer estabelecimentos destinados a competições esportivas, desde duas horas antes do início até duas horas depois do término de eventos esportivos.*

*§ 1º Os estabelecimentos referidos no caput deverão, obrigatoriamente, afixar, em local de ampla visibilidade, avisos indicativos da proibição, em dimensão não inferior a 25 (vinte e cinco centímetros) por 35 cm (trinta e cinco centímetros).*

*Art. 8º-B O Poder Público poderá restringir os horários de funcionamento, em período noturno, de estabelecimentos destinados ao consumo de bebidas alcoólicas, em áreas onde sejam detectados elevados índices de prática de crimes contra a vida e a integridade física.*

*Parágrafo Único. A restrição prevista no caput poderá incidir sobre os bares, restaurantes, lanchonetes, casas de shows e eventos, clubes sociais, trailers, ambulantes e similares, inclusive eventos realizados em vias e logradouros públicos.”*

Art. 4º O inciso II do art. 13-A da Lei nº 10.671, de 15 de maio de 2003, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 13-A.....

.....

*II - não portar objetos, bebidas ou substâncias proibidas ou suscetíveis de gerar ou possibilitar a prática de atos de violência, incluindo bebidas com qualquer teor alcoólico superior a 0,5º GL;”*  
(NR)

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

### **JUSTIFICAÇÃO**

A proposição que ora apresentamos pretende contribuir para redução dos níveis de consumo de álcool no Brasil, bem como estipular medidas orientadas à redução dos malefícios sociais ocasionados pela bebida alcoólica.

Como se sabe, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas está entre os fatores que contribuem para diversos malefícios sociais, inclusive os alarmantes números da violência no trânsito no Brasil. A proposição que ora apresentamos pretende oferecer instrumentos capazes de reduzir os níveis de consumo de bebida alcoólica e minorar os impactos sociais do uso dessa droga lícita e socialmente aceita.

Em primeiro lugar, a alteração no parágrafo único da Lei n. 9.294, de 1996, reduz o teor alcoólico mínimo necessário para que se possa considerar certa bebida como alcoólica para efeitos legais. Passa-se dos atuais trezes graus Gay-Lussac para meio grau. Incorpora-se, neste particular, a alteração constante do PL n.2.733, de 2008.

Proíbe-se a venda de bebidas alcoólicas, tal como definidas no parágrafo único do art.1º, em estabelecimentos comerciais situados na faixa de domínio de rodovia ou em terrenos contíguos à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, em postos de combustível e em estádios de futebol, ginásios e quaisquer estabelecimentos destinados a competições desportivas. Trata-se de medidas voltadas a reduzir o número de acidentes e crimes ocorridos em decorrência do consumo de bebidas alcoólicas, seja no trânsito, seja nos estádios.

No mesmo sentido, com o objetivo de reduzir o número de incidentes violentos ocorridos após o consumo de álcool, faculta-se ao Poder Público restringir os horários de funcionamento, estabelecimentos destinados ao consumo de bebidas alcoólicas. A medida restritiva destina-se às áreas onde sejam detectados elevados índices de prática de crimes contra a vida e a integridade física

Espera-se que, uma vez aprovado o projeto, possa-se contribuir para redução dos impactos sociais deletérios do álcool em nossa sociedade.

Sala das Sessões, de de 2012.

**Comissão Especial de Bebidas Alcoólicas**

## **IX – RECOMENDAÇÕES**

### **IX.1 À mesa da Câmara dos Deputados**

1) Promover a tramitação em separado do projeto de lei contido no relatório da Comissão, não o apensando ao PL 6869/2010 nem a algum de seus apensos.

Justificativa: A apensação teria o efeito prático de paralisar a tramitação do projeto, que contém disposições de grande importância para o enfrentamento do abuso de bebidas alcoólicas.

2) Constituir de Comissão Especial para apreciar o PL 6869/2010.

Justificativa: Apesar de vários dos apensos ao PL 6869/2010 já terem sido contemplados por leis vigentes e pelo projeto apresentado por esta Comissão, restam diversos projetos que merecem ser discutidos, mas que estão com a tramitação interrompida.

3) Promover com preferência o encaminhamento e votação do PL 2788/2011, que altera o art. 306 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro), para tornar crime a condução de veículo automotor sob a influência de álcool ou de substância psicoativa.

Justificativa: A Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, conhecida como “Lei seca” em que pesem seus acertos, permitiu que motoristas embriagados recusem-se a submeter-se a teste de alcoolemia. O projeto visa a corrigir essa lacuna.

### **IX.2 Ao Poder Executivo**

#### **IX.2.1 – À Presidência da República**

1) Elaborar e implementar políticas nacionais de enfrentamento ao alcoolismo, suas causas e consequências.

#### **IX.2.2 – Ao Ministério da Justiça**

1) Fortalecer as ações da Fundação Nacional do Índio – Funai no enfrentamento ao alcoolismo entre os povos indígenas, e elaborar

políticas e programas específicos, tendo em conta a complexidade do problema e seus fatores determinantes.

2) Criar rotinas e protocolos específicos para detecção de condutores embriagados e para abordagem dos mesmos, por agentes da Polícia Rodoviária Federal.

### **IX.2.3 – Ao Ministério da Saúde**

1) Ampliar a rede de CAPS e CAPS-ad, implantando a cobertura em todos os municípios previstos.

2) Elaborar normas e protocolos para utilização nos CAPS e CAPS-ad.

3) Criar leitos especializados para dependentes químicos em serviços hospitalares de referência, em número e qualidade suficiente.

4) Destinar dotações orçamentárias para a prevenção e o tratamento do alcoolismo que sejam adequadas à proporção desses pacientes na rede pública.

5) Aprofundar as relações do Sistema Único de Saúde com as comunidades terapêuticas no tratamento a dependentes de álcool.

6) Fortalecer as ações da Fundação Nacional de Saúde – Funasa no enfrentamento ao alcoolismo entre povos indígenas.

### **IX.2.4 – Ao Ministério dos Transportes**

1) Efetuar estudos que permitam implementar melhorias no deslocamento das viaturas dos corpos de bombeiros para o atendimento de vítimas de sinistros.

### **IX.2.5 – Ao Ministério da Educação**

1) Elaborar e fomentar campanhas de conscientização sobre o alcoolismo e suas consequências entre os escolares de ensino fundamental e médio, inclusive como parte de matéria curricular.

### **IX.2.6 – Ao Ministério das Cidades**

1) Criar rotinas e protocolos específicos para detecção de condutores embriagados e para abordagem dos mesmos, por agentes dos Departamentos de Trânsito (Detran) e por agentes policiais.

### **IX.3 – Aos governos estaduais**

1) Adotar leis nos moldes da Lei Estadual nº 14.592, de 19 de outubro de 2011, do Estado de São Paulo, para coibir a venda de bebidas alcoólicas a menores de dezoito anos.

2) Equipar as polícias para exercer de modo mais eficiente a fiscalização sobre motoristas alcoolizados.

3) Implementar melhorias no deslocamento das viaturas dos corpos de bombeiros para o atendimento de vítimas de sinistros.

### **IX.4 – Às prefeituras**

1) Restringir, a exemplo do exemplo extremamente bem sucedido da cidade de Diadema-SP, os horários de venda de bebidas alcoólicas em bares e assemelhados.

### **IX.5 – Encaminhamento de cópia deste Relatório aos seguintes órgãos:**

- Mesa da Câmara dos Deputados
- Comissão de Seguridade Social e Família
- Comissão de Educação e Cultura - CEC
- Comissão de Direitos Humanos e Minorias
- Presidência da República
- Ministério da Saúde
- Ministério da Justiça
- Ministério da Educação
- Assembleias Legislativas estaduais

– Secretarias de Saúde estaduais

Este é o Relatório que nos cabia elaborar.

Sala da Comissão, em 27 de março de 2012.

Deputado VANDERLEI MACRIS

RELATOR

## LISTA DE ANEXOS

Anexo I – Ata da audiência pública Sobre consumo abusivo de álcool, realizada na Assembleia Legislativa do Estado do Mato Grosso do Sul, realizada em 30/6/2011.

Anexo II – Notícia divulgada na página oficial da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo sobre a Audiência Pública realizada em 11/8/2011.

Anexo III – Resumo divulgado na página oficial da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará sobre a Audiência Pública realizada em 26/9/2011.

Anexo IV – Ofício nº 928/2011, de 25/3/2011, do Poder Judiciário do Estado do Paraná.

Anexo V – Ofício nº 359/GM-MDIC, de 1º/6/2011, do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio exterior.

Anexo VI – Ofício nº 1.298/2011/GS, de 7/6/2011, da Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Paraná.

Anexo VII – Ofício nº 3.826/2011-GAB/SES, de 8/6/2011, da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás.

Anexo VIII – Ofício nº 868/AAP/GM-MF, de 9/6/2011, do Ministério da Fazenda.

Anexo IX – Ofício GABSEC nº 3.693/2011, de 13 de junho de 2011, da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Tocantins.

Anexo X – Ofício nº 1.153/ASPAR/GM/MS, de 15/6/2011, do Ministério da Saúde.

Anexo XI – Ofício nº 1.473/11/SESAU/GAB, de 4/7/2011, da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Roraima.

Anexo XII – Ofício nº 1.192/2011/GBSES, de 11/7/2011, da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Mato Grosso.

Anexo XIII – Ofício nº 1.818/2011/GAB/SES, de 25/7/2011, da Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Maranhão.

Anexo XIV – Ofício nº 073/2011, de 27/7/2011, da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Pernambuco.

Anexo XV – Ofício nº 607/2011 –ASPAR/MJ, de 17/8/2011, do Ministério da Justiça.

Anexo XVI – Correspondência encaminhada à Comissão em 15/2/2011 pelo Exmo. Deputado Estadual pelo Estado do Rio de Janeiro Dr. Carlos Alberto.

Anexo XVII – Anteprojeto do Programa de Atenção e Prevenção da Síndrome Alcoólica Fetal, encaminhado à Comissão pelo Prof. Dr. José Mauro Braz de Lima.

Anexo XVIII – Íntegra do texto da Lei Estadual nº 14.592, de 19 de outubro de 2011, do Estado de São Paulo.

Anexo XIX – Boletim final da Operação Carnaval 2011, do Departamento de Polícia Rodoviária Federal.

Anexo XX – Excerto do I Levantamento Nacional Sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado em 2007.

Anexo XXI – Documento elaborado pelo Ministério das Cidades sobre o Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011-2020.

## ANEXO I

### **ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL, REALIZADA NA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL – realizada em 30/06/2011**

**A SR.<sup>a</sup> MESTRE DE CERIMÔNIAS** - O Deputado Federal Geraldo Resende, acompanhado do Deputado Estadual Lauro Davi, ambos presidentes da Comissão Especial de Bebidas Alcoólicas, sendo da Câmara Federal o Deputado Federal Geraldo Resende, e da Comissão de Saúde nesta Casa de Leis o Deputado Estadual Lauro Davi. (Palmas.) Convidamos a Excelentíssima Senhora, representando o Governador do Estado, Doutora Beatriz Figueiredo Dobashi, Secretária de Estado de Saúde e presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Palmas.); convidamos o Excelentíssimo Senhor Deputado Federal Vanderlei Macris, relator da Comissão Especial de Bebidas Alcoólicas na Câmara Federal; o Excelentíssimo Senhor Deputado Federal pelo Estado do Ceará, João Ananias de Vasconcelos Neto, membro da Comissão de Seguridade Social e Família e da Comissão Especial do Alcoolismo (Palmas.); o Excelentíssimo Senhor Deputado Federal pelo Estado do Pernambuco, Pastor Eurico, que é membro titular da Comissão Especial de Bebidas Alcoólicas na Câmara Federal (Palmas.); convidamos para compor à Mesa dos Trabalhos a Excelentíssima Senhora Deputada Estadual Mara Caseiro, que é a Terceira Vice-Presidente nesta Casa de Leis e também é vice-presidente da Comissão de Saúde; convidamos para participar da Mesa dos Trabalhos o expositor Doutor Zelik Traijber, coordenador da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) de Dourados. (Palmas.); convidamos para compor à Mesa, também como expositora a Senhora Maria Beatriz Almeidinha Maia, gerente do Centro de Apoio Psicossocial, Álcool e Droga (Palmas.); convidamos também o expositor, Doutor Fábio Augusto Moron de Andrade, voluntário da Fazenda da Esperança (Palmas.); convidamos para compor à Mesa dos Trabalhos o também o expositor, Senhor Dorgival Rodrigues, representante dos Alcoólicos Anônimos (AA) (Palmas.) Senhoras e Senhores registramos a presença, compondo o Plenário Especial, da Deputada Federal pelo Estado de São Paulo, Keiko Ota, que também é membro suplente da Comissão Especial de Bebidas Alcoólicas da Câmara Federal. (Palmas.) Registramos a presença, compondo o Plenário Especial, da Senhora Marta Maria de Araújo, Prefeita do Município de Eldorado. (Palmas.) Senhoras e senhores, para a abertura oficial deste Seminário, onde será discutido nesta tarde na Assembleia Legislativa do Estado do Mato Grosso do Sul o tema “O Consumo Abusivo de Álcool, Causas e Consequências”,

anunciamos o Deputado que é presidente da Comissão de Saúde nesta Casa de Leis, Deputado Estadual Lauro Davi.

**O SR. LAURO DAVI** - Invocando a proteção de Deus, e em nome da liberdade e da democracia, e cumprimentando a todos e declaro aberto o Seminário "O Consumo Abusivo de Álcool, Causas e Consequências." Este parlamentar, como presidente da Comissão de Saúde e Seguridade Social desta Casa de Leis, juntamente com os Deputados que compõem a referida comissão, atendemos prontamente a solicitação da Comissão Especial de Bebidas Alcoólicas da Câmara dos Deputados e que tem como presidente o Deputado sul-mato-grossense Geraldo Resende. Vale ressaltar que esta conferência está inserida na série de encontros que serão realizados nos Estados da federação, com o objetivo de discutir com a sociedade as causas e consequências do consumo abusivo do álcool entre os cidadãos brasileiros, e as razões que determinam o abundante exponencial do consumo dessa substância nos últimos cinco anos.

**A SR.<sup>a</sup> MESTRE DE CERIMÔNIAS** - Registramos também a presença, neste Plenário Especial, do Senhor Flávio Brito, Superintendente Estadual da Fundação Nacional de Saúde do Mato Grosso do Sul (FUNASA) (Palmas.); da Senhora Yrama Barbosa de Barros, Superintendente da Política de Direitos Humanos, neste ato, representando a Secretária de Estado de Trabalho e Assistência Social, Doutora Tânia Mara Garib; da Advogada Raimunda Luzia de Brito, coordenadora de Políticas para a Promoção da Igualdade Racial. Agradecemos, também, neste Plenário, a presença da Psicóloga Ester Hosten, do Ministério da Saúde, que também nos honra com sua presença. Senhoras e senhores, para o seu pronunciamento e para coordenar os trabalhos da Mesa, anunciamos o Deputado Federal Geraldo Resende, que é o presidente da Comissão Especial de Bebidas Alcoólicas na Câmara dos Deputados.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Gostaria de cumprimentar o Deputado Lauro Davi, que é o presidente da Comissão de Saúde e Seguridade Social na Assembleia Legislativa. Eu quero cumprimentar também a Deputada Estadual Mara Caseiro, que prontamente atendeu a solicitação para que nós pudéssemos fazer esta primeira audiência, das audiências que nós vamos fazer em todo o País, para ter um quadro e poder nos ajudar a elaborar um relatório que o Deputado Vanderlei Macris vai apresentar ao final dos trabalhos desta comissão. Eu havia preparado aqui um pronunciamento, mas devido o tempo vou deixar de fazê-lo para a gente passar logo às oitavas daqueles que vão, com seus expositores, na medida em que a gente construiu essa Comissão Especial, através de um requerimento do Deputado Vanderlei Macris. Num primeiro momento ele havia sugerido a criação de uma CPI sobre o uso exagerado e o aumento exagerado do consumo de bebidas alcoólicas que está acontecendo em todo o País. Principalmente devido às estatísticas, já apontando hoje números que cada vez, com as exposições que nós estamos tendo lá na Câmara Federal, nos deixa assombrados. Cerca de 12% da população brasileira consome álcool, e cada vez mais com idade precoce, a juventude com uma idade cada vez mais precoce e toda as consequências desse uso de bebidas alcoólicas. A violência doméstica, a violência urbana, a questão dos acidentes de trânsito, com cerca, segundo os expositores, de prejuízo ao Sistema Único de Saúde de três bilhões/anos, principalmente com acidente de trânsito. A questão, hoje, do aumento do consumo, já há muito tempo que tem

sido desacertado também do consumo de algumas populações mais críticas, onde nós encontramos a população indígena e a gente vivencia isso aqui no Estado, pois nós temos a segunda maior população indígena do País. E nós vemos lá o uso de quase a totalidade da população indígena, hoje cerca de 80% a 90% faz uso da bebida alcoólica com a violência crescendo assustadoramente nas reservas indígenas a violência, que às vezes três, quatro até cinco vezes a violência na população não índia, além do suicídio, além também do uso que elas podem fazer, que isso pode entrar também do uso de outras drogas, que são chamadas de drogas ilícitas. Então, a audiência hoje aqui terá cinco expositores, a primeira exposição vai ser da Secretária de Saúde Beatriz Figueiredo Dobashi, e logo depois nós vamos ver também a Maria Beatriz Almeida Maia, que vai fazer a palavra sobre a Experiência do CAPSAD, do Centro Psicossocial ao Álcool e a Droga aqui em Campo Grande. Depois vamos ter uma palestra do Doutor Fábio Moron de Andrade. Eu estive lá na Fazenda Esperança, lá em Guaratinguetá, eles têm a Fazenda Esperança em várias localidades do País. Não só faz o tratamento de drogas, mas faz o tratamento da droga mais usada hoje, que é o álcool, que é uma experiência exitosa, inclusive nasceu aqui no País e é reconhecida pelo Vaticano como uma das maiores experiências da Igreja hoje mundial do trabalho social da igreja, inclusive está abrindo recentemente uma aqui em Campo Grande, mas a própria Fazenda Esperança já está na Rússia e em vários Países da Europa, como a gente viu lá. E logo depois nós vamos ter uma das experiências exitosas dos Alcoólatras Anônimos, que é um trabalho voluntário e que reúne milhões e milhões de pessoas, e hoje, através desse trabalho, tem sido uma das únicas portas realmente de saída daqueles que usam bebidas alcoólicas. E, também, do Doutor Zelik Trajber, que não pôde estar presente em Brasília, e ele vai falar sobre o dia a dia dele dentro das comunidades indígenas com experiência de muitos anos que trabalha na saúde indígena aqui no Mato Grosso do Sul, ele é um “expert” na saúde indígena, inclusive já trabalhando até sendo consultor em algumas localidades da federação brasileira, como ele já fez alguns trabalhos lá no Amazonas. Então, eu vou passar a palavra para a Beatriz Figueiredo Dobashi, e a gente vai estabelecer algumas situações. Primeiro cada expositor vai ter quinze minutos, geralmente na Câmara Federal nós damos vinte minutos, mas aqui hoje nós vamos diminuir esse tempo para quinze minutos. Se as pessoas, se os expositores precisarem podem requerer à Mesa, logicamente, para completar o seu trabalho. Após a exposição dos outros quatro expositores nós vamos ter a inscrição. Como isso é um trabalho da Comissão Especial da Câmara Federal, com a parceria da Assembleia, tem prioridade o primeiro inscrito, que tem que ser o relator, na medida em que ele vai fazer alguns questionamentos para ele poder elaborar o seu relatório. Depois nós vamos passar as inscrições para os Deputados Federais e para os Deputados Estaduais, e após essas inscrições nós haveremos de dar a oportunidade também a algumas das entidades que queiram se manifestar sobre o tema. Então, a partir de agora, são quinze horas e dois minutos, a Doutora Beatriz Figueiredo Dobashi tem até as quinze e dezessete para fazer a sua exposição, ela está aqui até meio avexada, como se diz lá no nordeste, para ela poder iniciar já que ela tem também, com todas as razões já de antemão já pedimos desculpas pelo atraso. Doutora Beatriz Figueiredo Dobashi.

**A SR.<sup>a</sup> BEATRIZ FIGUEIREDO DOBASHI** - Muito obrigada. Boa tarde a todos, senhoras e senhores, é um prazer estar aqui pelo trabalho e pela iniciativa da comissão. Acho que é importante esse levantamento, há pouco, na semana passada, nós tivemos nesta mesma Casa uma audiência pública sobre os malefícios do uso do crack e suas consequências na sociedade, na rede social e na rede de saúde. E uma das coisas que a gente sempre sente falta é a falta da informação fidedigna dos números reais. E sempre que a gente tem uma iniciativa para estudar as causas de um problema e levantar as informações reais, claro que a gente melhora o enfrentamento desse problema. Eu vou falar especificamente sobre as Ações de Atenção à Saúde dos Dependentes de Álcool, que é uma matéria mais afeta a saúde, mas lembrando sempre, como disse no caso do crack, que apesar de ser considerado um problema de saúde pública, não se resolve esse problema dentro dos muros da saúde, e sim de forma intersetorial, com parcerias, com parcerias público-privadas, com parceiras público-público, com vários setores incorporando suas políticas no sentido de enfrentar essa questão. Então, nós vamos ver um pouco do impacto que a dependência do álcool provoca na rede assistencial à saúde, especificamente aqui no Estado do Mato Grosso do Sul. Vocês têm aí um gráfico que mostra os anos de 2008, 2009 e 2010 a incidência de internações hospitalares em que o diagnóstico foi F-10, que é um código de classificação internacional das doenças que trata dos transtornos causados pelo álcool. Então, a gente vê um comportamento semelhante nos três anos, embora com alguma queda em 2010, mas um início cada vez mais recente mais as pessoas mais jovens começando a ter esses problemas. Então, aqui a gente está falando de pessoas que foram internadas já com as consequências do uso abusivo do álcool, já com algum tipo de transtorno instalado. Então, começando já com casos existentes desde da faixa de cinco a quatorze anos, e essa prática às vezes é indicada, é estimulada pelos próprios familiares, o que é muito mais grave. Aqui tem um quadro que mostra, a partir do F-10, que é o código mais amplo, mais genérico, com o detalhamento desses transtornos mentais, a comparação entre a frequência, entre a ocorrência dos casos e a ocorrência dos óbitos. Vejam: os transtornos mentais relativos ao comportamento devido ao uso do álcool, três mil quatrocentos e vinte e nove casos nós tivemos aqui no ano passado, com dez óbitos ligados diretamente a estas questões. Vejam que isso é muito mais sério do que aparenta, porque é comum que nas internações e nas mortes os documentos não demonstrem a causa real ou a contribuição negativa do uso do álcool para aquele quadro. É muito comum que só se faça menção no atestado de óbito e nos prontuários de internação das consequências, dos malefícios que aconteceram no organismo daquela pessoa. Então, quatro óbitos em síndrome de abstinência e que foram internados com síndrome dependência, dois mil duzentos e sessenta e seis casos; quatrocentos e noventa e três, intoxicações agudas, com três mortes; trezentos e quarenta e três síndromes de abstinência, que tem como óbito dois casos; cento e vinte transtornos psicóticos; noventa e três transtornos residuais de instalação tardia; quarenta e sete síndromes de abstinência com delírio antrems; vinte e sete transtornos mentais não especificados, que poderiam estar lá em cima no primeiro código; dezessete que alguém especificou como substâncias nocivas para a saúde; quinze síndromes amnésicas, com amnésia importante instalada e outros transtornos. Vejam que a classificação é variada e cada profissional de saúde escolhe aquele que mais se

adapta ao seu caso. Então, a gente fez um levantamento de todos os códigos. Depois nós levantamos aqui em dois cortes os municípios que tiveram maior produção hospitalar resgatando os dados de 2008, 2009 e 2010 e projetando 2011 a partir do comportamento do primeiro quadrimestre do ano de janeiro a abril. Então, nós temos Campo Grande, Paranaíba, Dourados, Guia Lopes da Laguna, Aquidauana, Ponta Porã, Corumbá, Fátima do Sul, Maracaju e Amambai. Esse são os municípios em que nós identificamos, vejam que é local de origem do paciente, ele pode não ter sido internado nessas mesmas próximas cidades, mas é o local de origem do paciente que onde se destaca ou onde se consegue identificar o agravo. Há ainda nesse quadro uma discreta queda em 2010, mas ainda não o suficiente para diminuir a gravidade do problema. Se a gente retira Campo Grande, Dourados e Paranaíba para fazer um outro tipo de corte, nós permanecemos com os mesmos municípios, mas já são inseridos Juti, Sidrolândia, Naviraí, que não estavam nessa série, e que também apresentam um número preocupante de casos que exigiram internação hospitalar. Esse é um gráfico que compara, são dois gráficos que nós vamos apresentar, o primeiro relativo a transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, comparando incidência de casos de óbitos, 2008 e 2009, e nós não tivemos óbitos em 2010, nem no primeiro quadrimestre de 2011, sempre lembrando que essas informações podem estar enviesadas pelo fato de não parecer no atestado de óbito do uso de álcool, aparecer apenas a causa final do óbito. Uma outra questão além dos transtornos mentais é a doença alcoólica do fígado, e essa também é uma preocupação muito importante, a devoluções para cirrose hepática que levam a óbito e que têm, a cada ano, os quadros se agravado. E vejam que nós temos números altos e óbitos já presentes uma proporção mais preocupante, esses transtornos mentais, embora não se discuta o que é mais grave, mas já mostrando as consequências do fígado e da saúde, mental. Um apontamento de mortalidade geral, ou seja, óbitos acontecidos por várias causas e que tiveram um tipo de participação do uso abusivo do álcool, e foram selecionados os municípios onde houve ocorrência. E Campo Grande, claro, aparece com o maior número porque tem quase 40% da população do Estado. Aí o gráfico mostrando a incidência por diagnóstico, comparando os transtornos mentais com a doença do fígado, por faixa etária. Então, aqui também a gente observa que na faixa etária jovem a doença já se instala e já há a necessidade de internação, portanto, e nesse caso aqui, houve óbito, em um período grande de exposição. Então, esse último eslaide da estatística, ele fala que a mortalidade geral por doença alcoólica, tem acompanhado a frequência da mortalidade por transtorno mental, mas tem alguma diferença na incidência de faixa etária. Enquanto o transtorno mental acomete menos as faixas etárias acima de cinquenta, nós temos uma mortalidade sempre em ascensão para as faixas etárias mais altas. Aqui no Estado do Mato Grosso do Sul, nós temos discutido nessa segunda etapa do Governo André Puccinelli, já que os primeiros quatro anos representaram um período de sustentação, de infraestrutura, de recolocação do Estado nos eixos e nos caminhos do desenvolvimento, nós temos agora um programa de sustentabilidade, de projeção e de qualidade de vida. E uma das questões que nós temos discutido é a integração das políticas, e nós temos quatro secretarias. Desculpe-me, a Tânia não está presente, mas eu não escrevi no terceiro item que é a responsabilidade da Secretária de Trabalho e Assistência Social, e Economia Solidária, e o quarto item é de responsabilidade

da SEJUSP, então, a Secretária de Saúde, organizando a sua rede de saúde mental, a educação com o programa “Estudante Consciente”, em todas as escolas. A SETASS, que é a nossa Secretaria de Trabalho e Assistência Social, apoiando a rede social, inclusive principalmente com financiamentos e capacitação. Os recursos são repassados aos municípios, e esses conveniam com as suas entidades. E a nossa Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública, com ações de ressocialização, e reinserção social. No caso da saúde, nós estamos, portanto, requalificando a nossa rede, procurando trabalhar com a intersectorialidade. Nós temos hoje estratégia de saúde da família nos setenta e oito municípios do Estado. São quatrocentos e cinquenta e oito equipes de saúde da família, que trabalham em unidades básicas, que recebem treinamento para trabalhar com esse paciente que faz uso abusivo de álcool, inclusive, algumas entidades já tem parceria com a nossa rede básica, principalmente a rede de alcoólicos anônimos, que tem nós ajudado muito. Nós temos, em quarenta e três municípios, quarenta e três núcleos de apoio à saúde da família, onde existem psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais que apóiam tanto o paciente, quanto os familiares, ampliando a sua ação da saúde básica. Nós temos trinta centros de apoio psicossocial, em dezesseis municípios. E aqui eu quero fazer um esclarecimento, na audiência do crack, a gente falou que esta rede era insuficiente, que nós precisamos de mais unidades CAPS para Mato Grosso do Sul, e que o Estado está incentivando a implantação de CAPS através do co-financiamento. Nós, hoje, repassamos aos municípios o mesmo valor que o Ministério da Saúde repassa, como uma forma de ampliar o financiamento dos CAPSs. E a gente quer mais CAPSs no Mato Grosso do Sul. E foi anunciado que o atendimento do CAPS é absolutamente insuficiente, não é isso. Eu disse que é o número de CAPS é insuficiente, mas o trabalho do CAPS é importantíssimo, e nós vamos ter um depoimento daqui a pouco. Nós temos duas residências terapêuticas, que também é um número pequeno; nós temos dois hospitais especializados, um em Campo Grande outro em Paranaíba; onze ambulatórios de psiquiatria em dez municípios; cento e vinte e um leitos conveniados em hospitais federais em vinte e nove municípios; e oitenta e quatro unidades da rede social em vinte e oito municípios. Essa é uma rede privada, exceto pela estrutura de Jaraguari, que pertence ao Estado e tem vinte vagas para adolescentes masculinos. Essa é a rede de saúde mental que colocada no mapa nós observamos que esses espaços em branco são vinte e um municípios que não tem nenhum tipo desses atendimentos que eu acabei de referir. Além do fato de a gente não ter todos os atendimentos, em todos os municípios, um ou outro, ou um tem um e não tem outro, nós ainda temos vinte e um municípios que ainda não tem nenhum tipo de atendimento, nenhum leito, nenhum CAPS, nenhum NASF, só tem atenção básica, esta sim está em 100% dos municípios do Estado. O financiamento como eu disse, tem a co-participação do Governo Estadual, financiamos quinze NASF que não recebem recurso do Ministério da Saúde, porque os municípios tem uma participação abaixo do que discrimina a portaria federal. Então, o Governo do Estado financia esses NASF no valor de setecentos e vinte mil reais/ano. Nós co-financiamos todos os trinta e um CAPSs que existem no Estado, no valor de um milhão e duzentos e sessenta mil/ano. Nós temos convênios de apoio com os hospitais especializados, no valor de seiscentos e sessenta mil, e 100% das despesas com as internações para desintoxicação são arcadas pelo Governo do Estado. A nossa referência é o

Hospital Regional, que fica em Campo Grande. E todos os casos graves de intoxicação que precisam de internações de até vinte dias para desintoxicação são recebidos nesse hospital, e são custeados apenas com recursos do Estado, e nós co-financiamos toda a rede de ambulatórios e hospitais do Estado. São setenta hospitais públicos e filantrópicos, e mais doze hospitais privados com fins lucrativos que prestam serviços ao SUS e são co-financiados pelo Estado. Essa é a rede que hoje nós temos na saúde. Nós trabalhamos com capacitação das equipes, com co-financiamento das entidades, com produção de material ativa, mas, a meu ver, precisamos ainda mais fortalecer a intersectorialidade. Muito obrigada. (Palmas.)

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Obrigado, Doutora Beatriz. Agradeço a presença do Deputado Vanderlei Macris, que é o relator de São Paulo; do Deputado João Ananias, que é lá do Ceará, inclusive é meu colega de turma da Universidade Federal do Ceará, somos do mesmo ano. A minha turma é a única turma que tem cinco Deputados, sendo três federais e dois estaduais. (Palmas.) O Deputado João Ananias, era secretário até pouco tempo lá do Estado do Ceará, e gosta muito daqui do Mato Grosso do Sul, e a Deputada Keiko Ota, que é do Estado de São Paulo. Então, esses são os Deputados da Comissão que estão nos acompanhando nesta tarde de hoje. Tenho aqui a presença do Vereador Ângelo Mendes que é Primeiro-Secretário da Câmara Municipal de São Gabriel do Oeste; do Doutor João Batista Paiva, que é psicólogo clínico; do André Luís, representando o movimento estudantil; da Lucinda Pedrosa do Rosário, Direito da Igualdade Racial da Secretária de Saúde; nós também temos a presença do pessoal da FUNASA, e eu quero, em nome do Vanderlei Quenca, também parabenizar o pessoal da FUNASA, que faz um belo trabalho. (Palmas.) Eu vou passar a palavra a Maria Beatriz Almeidinha Maia. Você, Maria, tem até às quinze horas e trinta e cinco minutos para a sua exposição.

**A SR.<sup>a</sup> MARIA BEATRIZ ALMEIDINHA MAIA** - Em nome do Deputado Lauro Davi...

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Só um minutinho. Ela é a gerente do Centro de Atendimento Psicossocial.

**A SR.<sup>a</sup> MARIA BEATRIZ ALMEIDINHA MAIA** - Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas de Campo Grande.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas de Campo Grande.

**A SR.<sup>a</sup> MARIA BEATRIZ ALMEIDINHA MAIA** - Em nome do Deputado Lauro Davi, cumprimento a todos os presentes, e em nome da Deputada Mara, cumprimento todas as mulheres presentes. O CAPS AD foi inaugurado em junho de 2006. É uma unidade de referência do Sistema Único de Saúde, que veio com o objetivo de trabalhar com pessoas com sofrimento mental, e usuários de álcool e drogas. É um serviço de portas abertas, não precisa de encaminhamento para frequentar o CAPS, ele é altamente aberto, não precisa de nenhum tipo de acolhimento, nenhum tipo de encaminhamento. Desculpem-me, eu estou um pouco nervosa, não estou acostumada com isso aqui não. Então, o CAPS AD, atende exclusivamente usuários de álcool e outras drogas. Nós sabemos que hoje nós falamos muito da questão do crack, mas o álcool realmente é o que mais mata pessoas no País. E a gente não pode deixar de falar sobre isso. Nós contamos com a presença de técnicos para esse

atendimento. Então, nós temos no CAPS AD psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, toda uma equipe que está realmente preparada para atender esse usuário no momento que ele chega. Como disse bem a Doutora Beatriz, só a saúde realmente não dá conta de fazer esse atendimento. Nós precisamos de parceiros, por isso é tão importante a questão da intersetorialidade. Nós trabalhamos com a Assistência Social, com a área da segurança, com o AA, que é um dos grandes parceiros lá no CAPS AD, e sem o AA ficaria faltando alguma coisa. Nós sabemos que 6% da população brasileira vai ter uma dificuldade, um transtorno relacionado com a questão do uso de drogas, tanto de álcool quanto de drogas ilícitas, e isso é uma coisa que nos preocupa bastante. Como é que é o atendimento feito no Centro de Atendimento de Álcool e Drogas? O paciente chega, vai ser acolhido por um técnico de nível superior, e a partir desse momento vai ter um técnico, vai escutar a história dele, nós vamos estar junto com esse usuário, definindo qual é o melhor atendimento e qual é o melhor projeto que nós vamos desenvolver com esse paciente. Quando a gente fala em atendimento compulsório, eu sei que tem muitas pessoas que defendem, é muito complicado. Nós temos casos de pacientes encaminhados para um atendimento compulsório, onde a resolutividade, o prognóstico, nem sempre é tão favorável. Então, nós temos que sempre trabalhar com a conscientização desse usuário, da família, para que ele faça a decisão correta ao atendimento. A partir desse acolhimento nós vamos definir, ele vai estar inserido em grupos que podem ser o grupo intensivos, que esse usuário vai todos os dias na unidade. Ele fica até um horário e vai para casa. Não é uma internação. O CAPS AD não é um local de internação, é um local de atendimento diário. Tem a outra modalidade, que é uma modalidade semi-intensiva, que é uma vez só por semana. A gente sempre discute junto com os técnicos, junto com o usuário, aquilo que melhor vai favorecer a adesão dele. A partir do momento que a gente impor o tipo de tratamento, nem sempre isso vai dar bons resultados. Às vezes é necessária a questão da internação? Sim, em hospital geral, em muitos casos é necessário. Se ele está com uma crise de abstinência não dá para falar em tratar, e tem que fazer um atendimento mais direcionado. Quanto às questões das comunidades terapêuticas, são parceiros? São. A gente tem que melhorar ainda essa interlocução com as comunidades terapêuticas? Sim, temos. Hoje a Secretária de Saúde do Município está pensando na possibilidade de trabalhar mais de perto com as comunidades terapêuticas, visto que a gente tem a saúde, que tem que ser tratada, e então nós temos que ter um projeto individualizado para esse usuário. A gente tem que respeitar as questões ideológicas e religiosas desse usuário. Eu não posso impor para ele estar em um local, eu não posso impor para ele estar em um local se ele for evangélico ou católico. Eu tenho que deixar essa coisa religiosa fora da questão do tratamento. Então, isso é muito importante. A questão medicamentosa também é fornecida pelo CAPS. Toda questão de medicamentos é fornecido, e isso também, em determinado momento, é importante essa medicação. Nós não podemos abrir mão dela, porque às vezes muitos usuários passam por patologias complicadas, é necessário a questão da medicação. Tem de haver o acompanhamento com o médico psiquiatra, o usuário tem que estar sempre conversando com a equipe, caso a gente observe que alguma coisa não está adequadamente. Como é o fluxo da rede? O CAPS tem que ser o ordenador do seu território. Então, a partir do CAPS, a gente sempre procura parcerias e

contatos com outros locais que facilitem a adesão e a melhora desse usuário de álcool e droga. Ele vai até o CAPS, faz todo um programa, participa de todas as atividades. Nós temos uma radioterapeuta que está aqui, eu quero agradecer a equipe que está aqui junto com a gente. Ele faz essas atividades, e caso seja necessário a internação desse usuário, ele é regulado pelo SAMU, serviço de urgência e emergência, e ele vai ser encaminhado ao CAPS 3, que é uma unidade de urgência e emergência, que funciona vinte e quatro horas, que está localizado no Aero Rancho, e a partir daí, esse usuário vai ser encaminhado a uma internação, ou no Hospital Regional, que atende especificamente álcool e drogas, ou no Hospital Nosso Lar, se o usuário for aqui de Campo Grande. O que a gente está começando a trabalhar é essa questão do estigma que todos falam. O usuário de álcool e drogas, ele não é um usuário só do CAPS, ele é usuário de toda uma rede, por isso a importância da gente sempre estar em contato com as Unidades Básicas de Saúde, e as Unidades Básicas de Saúde da Família, para que esse usuário também seja acompanhado no seu território, que parece que álcool e droga é AD, só o AD se preocupa, mas ele é uma pessoa que tem dor de cabeça, que tem problemas clínicos relevantes e que ele precisa também pela atenção base. Então, hoje nós estamos começando a trabalhar isso de uma forma muito mais presente para terminar com essa questão do estigma, porque a gente sabe que muitos profissionais mesmo, sendo da área da saúde ainda têm uma resistência muito grande. Têm uns gráficos que eu gostaria de mostrar, em 2010 houve um aumento, nós atendemos novecentos e setenta pacientes a mais do que o ano de 2009, e a maioria deles são usuários de crack. A incidência maior são de usuário de álcool, seguido depois da pasta base, a maioria são homens, uma grande maioria deles, a maioria não passou por nenhum tipo de atendimento, nem se quer por uma internação. Aquilo que a Doutora Beatriz colocou, é bastante relevante, eles começam a usar no período da adolescência, por isso que a gente sempre coloca que o álcool e o tabaco passam a ser porta de entrada para outras drogas. A maioria não passou por internação e quando internado ou vai para o Hospital Regional, Nosso Lar ou Comunidades Terapêuticas, são as três instituições que mais internam. A maioria tem renda baixíssima, não chega nem a um salário mínimo, e moram com a família. Nós temos em Campo Grande o CAPS AD, que fica ali na Joaquim Murinho, temos dois CAPS 2, que atende casos de transtornos mentais graves e severos, que um fica ali na Vila Margarida e o outro na Vila Planalto. O CAPS infantil, que atende crianças e adolescentes até dezessete anos, o CAPS 3 e o ambulatório de psiquiatria de urgência e emergência psiquiátrica, que estão no mesmo local, que é vinte e quatro horas, e o CAPT, que é o Centro de Atenção Psicossocial Pós-Trauma, que trabalha com pessoas em situação de violência. No momento é só isso obrigada.

**A SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Obrigado, Maria Beatriz de Almeida Maia, obrigado pela sua exposição. Vou passar imediatamente ao terceiro painel, que é o Doutor Fábio Augusto Moron de Andrade, que é voluntário da Fazenda da Esperança, vai falar sobre a experiência da Fazenda da Esperança no tratamento do alcoolismo. São quinze horas e trinta e dois, minutos. Vai até quinze horas e quarenta e sete minutos.

**O SR. FÁBIO AUGUSTO MORON DE ANDRADE** - Boa tarde a todos. Eu fico muito feliz de nós estarmos aqui, reunidos com uma dificuldade muito grande da gente conseguir reunir, todos os pontos né, não só do

tratamento do alcoolismo como também da prevenção da gente discutir um pouco mais sobre a prevenção, sobre o tratamento da fase aguda, sobre o tratamento crônico com as internações e a reinserção na sociedade. Então, é muito bom a gente começar a discutir mais sobre isso e sempre foi um sonho do Frei Hans de a gente unir todas as forças não importando religião, credo, raça ou cor. A experiência da Fazenda da Esperança no tratamento do alcoolismo iniciou-se a mais ou menos a vinte e sete anos atrás com a preocupação principalmente com as drogas em geral, não só com o álcool. Esse a gente sabe que é um problema não só de saúde pública, como a Doutora Beatriz tinha comentado aqui, mas um problema também de segurança pública e de educação, principalmente, da nossa sociedade, ou seja, revitalizar os valores morais e éticos. As comunidades terapêuticas são várias, vocês já conhecem, a Fazenda da Esperança destina-se um atendimento aos dependentes químicos, que eu vou explicar para vocês ali na frente o que é. Ela foi criada em 1983, na Cidade de Guaretinguetá-SP, e hoje nós estamos espalhados pelo mundo inteiro. Os fundadores foram o Frei Hans Stapel e o Nelson Jovanelli. A Fazenda da Esperança é uma comunidade terapêutica sem fins lucrativos, o vínculo, ou seja, o dependente tem que ser ele, tem que querer ser tratado, a gente não impõe que o dependente seja internado, tem que ser um comum acordo, entre uma carta escrita pelo próprio dependente, dizendo que ele quer ser internado. Geralmente nós não usamos nenhum tipo de medicamento para desintoxicação devido a gente associar um tripé, que eu vou explicar um pouquinho mais para frente, e nós temos visto muito poucos casos de síndrome de abstinência. É lógico que a fase aguda, em que se encontra os pacientes mentalmente muito alterados ou com problemas de saúde muito grave, ele é tratado inicialmente no hospital e depois encaminhado para o nosso centro de recuperação. O índice de recuperação é em torno de 80%, e quero deixar bem claro para vocês, que nós não tratamos apenas o dependente do álcool muitas vezes ele vem associado, com outros tipos de droga principalmente, o crack e a pasta base. Então, não é exclusivamente no tratamento do álcool, mas muitos deles usam o álcool como ponte de entrada das outras drogas também. Nosso tratamento é baseado num tripé: espiritualidade, trabalho e convivência. Talvez o trabalho é o mais difícil desses três, e a convivência, em que a maioria dos dependentes químicos têm uma dificuldade muito grande de se relacionar novamente com as pessoas, cada um vem de uma região diferente, tem um tipo de família diferente, muitos as vezes viviam sozinhos nas ruas. Então, existe uma dificuldade grande, o trabalho é uma exigência que a gente coloca, na verdade, de uma maneira em que eles tenham alguma maneira de produzir, fazer um produto em que esse produto seja vendido ou comercializado, dando valor àquilo que ele produz dentro da fazenda também. É uma maneira até laborativa dele poder produzir e se sentir útil. E a espiritualidade é o ponto fundamental na Fazenda da Esperança, nós não incutimos dentro da Fazenda da Esperança nenhum tipo de que a pessoa seja católica que seja evangélica ou que busque qualquer tipo de incutir um tipo de religião, mas nós prezamos muito pela espiritualidade, ou seja, viver as palavras do evangelho dia a dia, discutir os valores, porque o evangelho, nada mais é do que os nossos valores, morais e éticos que tem se perdido no decorrer dos anos. Mais de sessenta fazendas espalhadas no Brasil e dezessete fazendas no exterior, entre elas Alemanha, Rússia, Portugal, Estados Unidos, Filipinas e Moçambique. Atualmente nós estamos numa pré-missão em órbitas no Pará a

cem quilômetros de Belém, onde nós vamos inaugurar uma nova fazenda, que vai tratar principalmente da população indígena e das pessoas que estão apresentando um êxodo rural para a cidade. O perfil dos dependentes se expandiu para os dependentes, além dos dependentes do uso do álcool, aos pacientes com anorexia e com compulsões alimentares, os pacientes com depressão profunda e suicidas, tratamos também dos dependentes de internet, que chegam há ficar uma semana sem se alimentar direito e sem dormir por causa da internet, também internação de pacientes dependentes do sexo masculino a erotomania, no feminino a ninfomania entre outros. O perfil dos dependentes do álcool são do sexo masculino, como eu já tinha dito anteriormente, adultos acima de trinta anos, mas eles iniciam geralmente o uso da droga por volta dos dez a doze anos. Há o histórico de uma desintegração familiar, na maioria da vezes, e o uso da droga acontece pela curiosidade, pela sensação de desinibição à coragem de enfrentar, às vezes, momentos em que eles não teriam coragem sem o álcool, a diminuição do estresse e principalmente a fuga da realidade. O perfil dos dependentes também está relacionado com alienação ou seja, como eu disse, a fuga da realidade, fugir dos problemas né, insatisfação com a vida muitos deles têm uma dificuldade muito grande financeira, dificuldade no trabalho, problemas de relacionamento tanto no trabalho quanto também na família. E o problema de ser dependente de álcool muitas vezes é que leva às consequências drásticas, muitos são presos por cometer homicídios ou então assaltos para poder adquirir drogas, e também muitas vezes a morte, principalmente nos acidentes de trânsito, que a estatística gira em torno de 75% a 85% dos acidentes com mortes no Brasil, relacionados com o álcool. As alterações físicas geralmente vários órgãos são afetados, principalmente o fígado com a cirrose, a hipertensão arterial, que leva muitas vezes a uma insuficiência cardíaca, e alterações também no sangue, como a anemia, alterações das enzimas, e que leva o paciente ao emagrecimento progressivo devido a não se alimentar adequadamente. Entre as alterações psíquicas há a irritabilidade, a ansiedade, a confusão mental causada muitas vezes pela atrofia cerebral, com o decorrer do uso, apatia, cansaço, depressão e a baixa auto estima. No tratamento, as maiores dificuldades que a gente enfrenta, como eu disse para vocês, é a convivência devido às constantes frustrações a respeito de querer abandonar o tratamento. O tratamento nosso é em torno de um ano, e muitas vezes, por volta de três a quatro meses, o paciente já se acha curado. Então, ele tenta sair e nesse momento que a gente entende que ele precisa ficar um pouco mais de tempo, que ele ainda não está estruturado na parte de afetividade, sexualidade e emocional. Muitas vezes as carências que ele encontra lá fora também a gente fala muito de morrer na vontade, a gente fala muito isso na fazenda, que é você ter aquela vontade de fazer determinada coisa, mas você morre naquela vontade para ajudar o próximo, para ajudar o seu irmão. Então, quando eu coloquei ali no quadro do lado só para vocês verem, a convivência e o trabalho elas não conseguem andar de uma maneira adequada se a gente não prezar pela espiritualidade, ou seja, confiar que existe uma força maior que pode nos orientar a respeito, e principalmente viver no amor. As campanhas publicitárias do consumo do álcool acabam sendo, vamos dizer assim, acabam atraindo as pessoas, principalmente porque é relacionado muitas vezes com mulheres bonitas, com atletas, e isso acaba prejudicando até o nosso trabalho também na luta contra a droga. As campanhas publicitárias de alerta à

população são poucas comparadas à quantidade de propagandas que a gente vê a favor da droga. Então, vale a pena a gente refletir sobre isso e tentar acentuar mais. A experiência com as famílias geralmente a gente faz através do grupo Esperança Viva, que é um grupo de apoio, que acontece sempre nos sábados às três horas da tarde, aqui em Campo Grande. Mas existe grupos Esperança Viva em todas as fazendas da Esperança. Aqui acontece ali atrás da Perpétuo Socorro, e é um apoio do pré que, ainda não internou aquele que está internado as famílias acompanham e também naqueles pacientes que já saíram, que estão em reinserção social, onde ficam ações também no ambiente, dinâmicas familiares são discutidas durante as reuniões e, principalmente, uma maneira dele voltar ao ambiente social de uma maneira mais saudável. Cuidado, também, a gente sempre coloca com discurso simplista com dependentes de que bebida faz mal, que bebida mata. A gente tem que orientar de uma maneira, vamos dizer assim, explicando assim, explicando a realidade do que é o álcool é hoje em dia, apesar de ser considerado uma droga lícita. E os dependentes muitas vezes não toleram imposição. Então, toma cuidado com isso, por isso que a gente deixa aberto para as internações serem realizadas de acordo com a vontade do próprio paciente. A internação é uma decisão em conjunto, Mas a gente sempre dá prioridade para a decisão do dependente à equipe terapêutica, que trabalha com a gente, além de médicos de psicólogos, eles estão sempre orientando na triagem inicial, e a presença da família também a gente faz questão, se possível, que elas estejam presentes. Os casos que a gente muitas vezes levam à internação são aqueles episódios de recaídas, que não o são raros, ou seja, o dependente químico, apesar de se tornar um recuperado teoricamente, ele nunca vai ser curado, ele tem episódios de recaídas frequentes, principalmente nas situações de decepção e frustração. E também nas crises de abstinência em que ele acaba tendo vários sintomas de alucinação, delírio e que precisa de uma ajuda e uma reinternação. Obrigado

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Obrigado, Doutor Fábio. Antes de convidar o Doutor Zelik para falar sobre o uso do álcool, o alcoolismo nas aldeias indígenas, eu quero agradecer a presença do Ricardo e do Lívio, que são policiais militares e estão representando a gerência de saúde dos sistemas prisionais e das UNEIS e o breto “bão” de bola, “bão” de escola da Polícia Militar; a Pastora Yara Regina Estevão, que é presidente do Centro de Recuperação Esperança da Comunidade Terapêutica e coordenadora do Projeto Pequenos Vencedores da Prevenção Antidrogas Infantil; o Doutor Lauter Serra, que é Secretário de Saúde do Município de Corumbá e conselheiro de saúde do Anizio Guató. O Lauter é colega também de turma do João Ananias; o Senhor Luiz Roberto Mariane, Secretário de Saúde do Município de Ribas do Rio Pardo; a Senhora Sueli Basso Valoti de Davi, que é Secretária de Assistência Social do Município de Aral Moreira; dos Vereadores de Miranda Adilson Saraiva, Walter Pereira de Oliveira e Francisco Medeiros; da Assistência Social Cassiane da Silva Santos, representando a Coordenadoria de Especialidade Médica da Secretaria Municipal de Saúde; e também agradecer aqui aos servidores de saúde que se encontram em parceria nessa audiência. Então, Doutor Zelik Trajber, são quinze horas e quarenta e cinco minutos, e às dezesseis horas seu tempo se encerra.

**O SR. ZELIK TRAJBER** - Agradeço o convite feito à saúde indígena, e agradeço em especialidade a presença dos companheiros da

FUNASA representando o Flávio Brito, todos os colegas presentes, e em especial Wanderlei Guenga, que no fundo é o principal responsável pela gente ter o distrito sanitário do Mato Grosso do Sul em destaque dentro da saúde indígena nacional, e foi o chefe do Departamento de Saúde Indígena até muito pouco tempo. A gente gostaria de fazer algumas colocações sobre a situação da saúde mental nas aldeias do Estado do Mato Grosso do Sul, e se possível mostrar as consequências do uso do álcool e outras drogas na saúde mental dessa população. Nesse mapinha a gente só vê a distribuição dos Distritos Sanitários no nosso País, são trinta e quatro distritos sanitários em nível nacional, e Mato Grosso do Sul é o distrito que abarca maior população indígena por distrito no País, é o maior distrito em número de população. Em número de população nosso Estado é a segunda população, o Amazonas tem mais, mas no Amazonas são vários distritos sanitários espalhados, pelo Estado devido à dispersão geográfica dentro do Amazonas. A gente gostaria, em primeiro lugar, para quem não conhece a questão da saúde indígena, de lembrar que o SUS tem uma história de vinte anos, e a criação do SUCSSISTEMA de saúde indígena tem pouco mais de dez anos. Nesses dez anos o avanço, que se obteve dentro da realidade da saúde nessas aldeias é uma coisa realmente de destaque. Aqui a distribuição das etnias no nosso Estado são os municípios que contém população indígena com destaque para a região Sul, onde vive predominantemente a população Guarani e Caiuá e que tem mais de 60% da nossa população. A população indígena, no nosso Estado, hoje, aldeada é maior de setenta mil índios, distribuídos em setenta e cinco aldeias, temos oito etnias e temos trinta e sete equipes multidisciplinares, de saúde indígenas trabalhando nesses municípios, distribuídos em quinze polo-base. As mortes por causas externas é uma das principais, causas de óbitos, da população indígena. A gente contabiliza aproximadamente 25% dos nossos óbitos por causas externas, onde se inclui suicídio, homicídio, a violência em geral e como causa muitas vezes desses delitos o alcoolismo e as drogas. A bebida tradicional dos índios é a achixa, que era consumida principalmente em cerimoniais. Ela vem sendo progressivamente substituída devido a facilidade do acesso, por outras bebidas fermentadas industrializadas. Isso daí tem causado transtornos progressivos, e o acesso já não é feito só durante os cerimoniais, mais passa a ser de uso continuado. O consumo abusivo, frequentemente, está associado a uma série de problemas. No nosso Estado a gente sabe que um dos maiores problemas da população indígena tem sido o confinamento em pequenas reservas ao correr dos anos de colonização. As maiores reservas do nosso Estado são delimitadas em três mil e quinhentos hectares, onde foram jogados progressivamente distintos grupos, às vezes até com diferenciação étnica. Hoje o nosso Estado apresenta o maior conflito agrário de terras indígenas do nosso País. Uma vez que foi resolvida a Raposa Terra do Sol, Mato Grosso do Sul é o que tem o maior conflito de terras indígenas, predominantemente nas áreas Guarani e Caiuás. O álcool, como problema importante nos transtornos dessa comunidade, progressivamente vem sendo invadido, também, pelo consumo de outras drogas. Hoje é de conhecimento geral, inclusive reportagens foram feitas na região de fronteira, da entrada de outras drogas, tipo maconha, cocaína, crack em todas as nossas reservas, predominantemente na região de fronteira. Aí a gente mostra os índices de suicídios e homicídios no nosso distrito. Enquanto a taxa de mortalidade por suicídio nacional é da ordem de 4,7 por cem mil habitantes, no nosso Estado

chega a 8,3, no distrito, chega a sessenta e quatro por cem mil habitantes. E se a gente for fazer uma diferenciação por etnia, temos aldeias que chegam a cento e quarenta, cento e sessenta, cento e oitenta por cem mil habitantes. O índice é elevadíssimo de suicídio dentro, principalmente, da comunidade Guarani Caiuás. Não é um fenômeno que se observa nas outras etnias, ele é predominante Guarani Caiuás, chegando a cento e sessenta, cento e oitenta por cem mil habitantes. A taxa de homicídio, também, é elevadíssima, enquanto no Brasil se fala de vinte e cinco por cem mil habitantes, no Mato Grosso do Sul, está na ordem de trinta por cem mil, e no distrito sanitário cinquenta e cinco. A mesma observação que eu fiz com relação ao suicídio vale também para a questão do homicídio, que também é predominante dentro da etnia Guarani Caiuás.

Instrumentos da violência. Nós tivemos de maio a dezembro de 2010 duzentos e vinte uma ocorrências, registradas de violência, cento e oitenta e cinco físicas e trinta e seis sexuais. Isso daí eu estou dando num período muito curto de tempo, porque foi feito o corte desse estudo, e de novo o destaque que essas violências 99% estão concentradas na região Sul do nosso Estado, com predominância no polo de Amambai e Dourados, 43% e 41%, respectivamente, dos casos registrados pelas equipes. Isso não significa que são os únicos casos. Esses são casos registrados, que passaram de alguma forma por nossas equipes. Há casos que nem chegam a ser atendidos pelas equipes multidisciplinares, e com predominância da violência em cima do sexo feminino. Os instrumentos utilizados, predominantemente, o uso de arma branca e depois pedaços de pau, madeira, etc. O que se observa é que mais de 83% das agressões é sob efeito de bebidas alcoólicas, e mais 13% de outras drogas. O trabalho das nossas equipes na área visa, predominantemente, a prevenção, a promoção, a intervenção, e, em última instância, a redução de danos. Isso é feito através de entidades comunitárias, em grupo, nós temos alguns profissionais psicólogos hoje integrando, está aí a responsável da saúde mental, a Fabiane Vick, mas não temos ainda um número suficiente nem de psicólogos, nem de assistentes sociais. Estamos tentando ampliar nossa rede de profissionais e integração com as redes municipais e estaduais. O que eu gostaria de deixar bem destacado é que as equipes de saúde indígenas são responsáveis pela tensão básica. Qualquer referência que a gente necessita a gente cai na rede SUS, rede do município do SUS. Nós não temos obrigação de trabalho de especialidades, mas a gente sabe das dificuldades que se apresentam. Em especial, dentro da saúde mental, a dificuldade que tem o indígena de ser referenciado para qualquer outro tipo de atendimento pelo SUS, sejam em nível de ambulatório, hospital, de CAPS. Já é difícil ter acesso ao paciente com problema de saúde mental ou de uso abusivo de álcool e drogas, de ter acesso a ele dentro das aldeias. Tirá-lo da aldeia por uma internação, ou por uma referência para um CAPS dentro do município, a dificuldade multiplica, muito. Algumas ações, mostrando o trabalho da nossa equipe, com crianças, trabalho de artesanato, pintura, atividades com gestantes, com as famílias, jovens. Em alguns casos chegaram a uma gravidade tal que necessitam a referência, e no caso a referência que a gente tem, por exemplo, de internação hospitalar em todo CONESUL, a gente tem cinco vagas de psiquiatria no Hospital Universitário, saúde mental. Alguns casos, em última instância, a gente consegue referenciar para o Nosso Lar, e uma vez que o paciente consegue, depois de um tempo, a desintoxicação, ele acaba recaído de volta na mesma situação que ele vivia anteriormente dentro da aldeia, e ele

passa a ser mais um caso de reincidência, fora os casos crônicos já com transtornos psiquiátricos, muitas vezes consequência do uso abusivo das drogas. Não sei se todo o mundo gosta, mas a gente traz algumas imagens, se vocês me permitirem, porque é uma das consequências maiores que a gente tem vivenciado nas principais reservas, especialmente, na reserva de Dourados, e de Amambai, como consequência dessa situação de abuso de álcool e drogas. Alguns números mostrando mortes por agressão, com destaque aos homicídios e suicídios. Aí tem um outro que mostra já em destaque só os casos, o número de suicídios, isso daí são os dados só da reserva de Dourados, a evolução histórica desde que a equipe está em área. E por incrível que pareça nos últimos anos, a gente vem apresentando uma diminuição dentro da reserva de Dourados, dos casos. Eu não vou tentar explicar ou justificar por que eu acho que é muito prematuro. A gente pode ter surpresas desagradáveis ainda. Mas vamos ver algumas fotos da forma, ainda, que é feito o suicídio, em geral, 99% é por enforcamento. Só algumas imagens para gente ter ideia do que é o atendimento dentro da reserva. E, algumas imagens, também, de agressão, em geral, a agressão é feita com arma branca, e não é simplesmente provocar a morte da vítima, mas em geral com, praticamente, uma deformação total da face principalmente do rosto. Isso daí é só para se ter uma ideia, devolução do trabalho das nossas equipes multidisciplinares de saúde. No começo falar de acompanhamento de gestantes, imunização, de programa de tuberculose, de desnutrição, era uma coisa muito complicada. À medida em que a equipe planta raízes dentro dessa comunidade, o trabalho é possível, viável e o resultado vem. Hoje temos a maior parte das gestantes cadastradas no primeiro e no segundo semestre da gestação, coisa que no início era praticamente impossível. (Próximo.)

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Tempo esgotado.

**O SR. ZELIK TRAIJBER** - A maior parte já tem mais de quatro, cinco, consultas de pré-natal. (Próximo.) A imunização, hoje, tem uma cobertura acima de 98%, principalmente em crianças abaixo de cinco anos. (Pode seguir.) Algumas fotos de imagem das crianças desnutridas. Vocês se lembram do escândalo que teve em 2005, e isso era uma rotina dentro das aldeias, que a gente vem conseguindo reverter progressivamente. No começo a gente trabalhava com o índice de crianças desnutridas acima de 15%, hoje o número baixou para uma média de 5%, 6%, na reserva de Dourados. O centrinho foi criado há alguns anos; em 2001, chegamos a ter cinqüenta e cinco, sessenta crianças internadas, e hoje temos nove crianças em recuperação, a maior parte com problema de base, tipo má formação congênita, etc. Isso é para mostrar que é possível, desde que haja uma decisão política. Muito obrigado. (Palmas.)

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Obrigado Doutor Zelik. Passo a palavra ao Senhor Dorgival Rodrigues, que vai falar sobre a importância do AA no tratamento do alcoolismo.

**O SR. DORGIVAL RODRIGUES** - Boa tarde a todos! Parabenizo à Mesa pela iniciativa dessa comissão de abordar um assunto tão sério, que se agrava não só no Mato Grosso do Sul, no Brasil, como no mundo. E, para falar sobre os Alcoólicos Anônimos, que é uma irmandade de homens e mulheres, que hoje funciona em cento e noventa países, aproximadamente, há setenta e seis anos. O Alcoólicos Anônimos, nasceu nos Estados Unidos, por causa de dois homens bebedores e problemas. Às vezes nós achamos, por má informação, que quem

procura Alcoólicos Anônimos, são pessoas que estão na rua, mendigos, que já beberam demais e que perderam tudo. Na verdade, o Alcoólicos Anônimos, nasceu na Cidade de Egon, Estados Unidos, por um advogado, corretor da Bolsa de Nova Iorque, e um médico cirurgião, da Cidade de Egon, de família tradicional, que precisava tomar um litro de whisky, para firmar o pulso para fazer as suas cirurgias. Imaginem como tratava os seus pacientes. Eu não gostaria de ter sido paciente dele, ainda bem que não foi na minha época. Em 10 de junho de 1935, ele encerrou essa carreira, e começou uma nova vida. Nós temos, no Mato Grosso do Sul, sessenta grupos de AA, maior parte dos grupos é concentrada em Campo Grande, são dezoito grupos. O método de recuperação é baseado em trinta e seis princípios. Nós não temos formalidade com nossos membros. Utilizamos os doze passos que são usados pela humanidade, e usamos os trinta e seis princípios nossos, do Alcoólicos Anônimos, que são produzidos por nós, são direitos autorais nossos, essa é uma linha que funciona no Brasil e em todo o mundo. Nós não temos mudança de princípios, os trinta e seis são para o mundo inteiro, é uniforme. A maior dificuldade que temos na recuperação do alcoólico, é quando ele chega a buscar ajuda, ou a família vem buscar ajuda, o indivíduo já está fisicamente debilitado, está totalmente dependente. Porque é uma questão social, nós gostamos de jogar ela para debaixo do tapete. Nós recebemos nos grupos de Alcoólicos Anônimos, pessoas de todos os níveis sociais, por isso afirmamos a segurança do anonimato de cada um dos seus integrantes. Não é cachaceiro o ajudante de pedreiro, o gari, o faxineiro. Nossa sociedade tende a enxergar que o alcoólatra é aquele indivíduo que caiu da bicicleta, aquele indivíduo que espancou a esposa, e, na verdade, alcoolismo não é isso. O alcoólatra precisa ser tratado com mais seriedade e ter uma visão mais ampla que o alcoolismo está inserido em todos os níveis da sociedade. Nós recebemos nos nossos grupos, pessoas de todos os níveis sociais, porque alcoolismo não tem característica de agressor, de bebedor de cachaça. Eu costumo dizer que na França há vários grupos de Alcoólicos Anônimos, de ajuda, com pessoas que só tomaram champanhe francesa, a melhor champanhe do mundo. Não é a quantidade de bebida que vai levar o indivíduo, por isso a dificuldade da recuperação. Vão às clínicas, e retornam; vão aos hospitais, internação e mais internações, e retornam, porque eles precisam. Nos Alcoólicos Anônimos, fazemos um acompanhamento: ensinamos as pessoas a se manterem abstinências do álcool, a voltarem a ter um convívio social, não importa o nível intelectual que tenham. Sendo alcoólatra, o indivíduo não consegue se relacionar com a sociedade, ele precisa aprender, e às vezes ele precisa ouvir. Às vezes o médico que está ali para tratar do alcoólico, o psicólogo que está ali para tratar com especialização alcoólica, às vezes precisa aprender a ouvir a história de um gari, para ajudar a colocá-lo de volta ao convívio social. Essa é uma questão de saúde pública, mas é uma questão de toda a sociedade. No Alcoólicos Anônimos, não fazemos estatísticas, nós trabalhamos diferente; o nosso método é orientar e dizer o lema: evitar o primeiro gole. Não existe método seguro para o alcoólico, e um dos pontos, também, dentro da questão do alcoolismo, é o alcoólico entender que não são todas as pessoas que bebem que são alcoólatras. Esse é um dos pontos de grande dificuldade, porque as pessoas vão às festas, as pessoas estão bebendo. É o alcoólatra que bebe muito, ele não vai beber muito para ser alcoólatra, ele é alcoólatra, porque bebe muito. Então, nós temos uma inversão nos valores, "Ah, o indivíduo está bebendo muito vai virar alcoólatra". Se ele está

bebendo além do suficiente, é porque é alcoólatra. Não precisa esperar que esse indivíduo vá dormir na sarjeta, vá dormir fora de casa. Não importa se ele está dormindo na calçada, ou se está dormindo dentro de Ferrari, embriagado. Esse que está dormindo na Ferrari é mais perigoso ainda, porque antes de ele dormir, estava correndo risco de causar sérios danos por aí, apagamento, lapsos de memória, essas são questões que a saúde define. Já ouvimos muito aqui essa questão de apagamento em indivíduo que dirige embriagado, aumentando o risco de acidentes. “Mas, o jovem só tem vinte anos, ele tomou um porre, e o porre é diferente do estado de embriaguês!” Porre você toma até de suco de uva. Se você tomar três litros de suco de uva, um atrás do outro, você vai ficar de porre. Alcoólatra entra no estado de embriaguês com a primeira dose, não é a quantidade que ele vai beber. Por isso nós precisamos entender que para tratar desse assunto, da questão do alcoolismo, ele precisa ser evitado sim, e não podemos esperar que o indivíduo... O garoto que começa a beber com dez anos, aos vinte anos, está destruído. Há vinte anos as pessoas iniciavam a beber após os vinte anos. Na verdade, bebiam antes, mas aos vinte anos começavam e iam progredindo até os vinte e sete, vinte e oito anos, e chegavam aos quarenta anos ainda trabalhando. Hoje não se consegue chegar mais a essa faixa etária, está diminuindo a cada ano. Então, é um assunto muito sério que precisa ser debatido e discutido. Eu parabeno os nossos Parlamentares do Mato Grosso do Sul, porque há muitas iniciativas boas por parte do Estado do Mato Grosso do Sul, em defesa do cidadão, da sociedade em geral, não só nessa questão álcool, mas em outros assuntos, porque sempre estamos participando e ouvindo todos os lados. O Poder Judiciário está acumulado de assuntos sobre alcoolismo. O que nós temos a oferecer? Os Alcoólicos Anônimos estão de portas abertas. Quanto custa participar dos Alcoólicos Anônimos? É custo zero! Os Alcoólicos Anônimos têm algumas tradições que nós precisamos preservar, e uma delas é o anonimato. Mesmo quem está representando precisa ter o direito de preservar, a certeza de assegurar que aquele que vai nos procurar, vai ter a identidade preservada, o anonimato dele vai ser preservado. Dos grandes fatores, uma das nossas tradições é a nossa sobrevivência com recursos próprios, contribuições só dos participantes, que são membros. Pessoas que não bebem podem participar do AA, pessoas que não tiveram problema com alcoolismo, pelo programa de recuperação, porque o programa é de recuperação do ser humano, não é um programa de recuperação só para o alcoólatra. E essas pessoas podem participar, mas não podem participar com recursos. O filho do alcoólatra não pode contribuir. Então, as contribuições são voluntárias, mas dos membros dos Alcoólatras Anônimos, isso é em todo o mundo, é uma das nossas tradições, que faz prevalecer. Às vezes as pessoas dizem: “Mas, se houvesse mais recursos, não seria melhor?” Não! Porque já houve grupos anteriores ao nosso, semelhantes, que se desfizeram, justamente por dinheiro. Então, nós nos mantemos há setenta e seis anos, com nossos recursos próprios. Todas as comunidades que encaminham as pessoas, indicam o AA, não vão ter custo nenhum, nem para o Governo e nem para a sociedade. O AA precisa ser sustentado pelos indivíduos que beberam, aí começa a primeira lição. Você teve dinheiro para beber, então você vai manter a sua recuperação. O dinheiro não deve ser do outro, não, eu mesmo, e não custa muito. Então, para se salvar vidas não custa muito dinheiro. Eu agradeço a todos, agradeço à Mesa pela ação, é

isso que nós precisamos, não é tanto dinheiro, é mais ação. Doutor Geraldo, parabéns pela iniciativa! Muito obrigado. (Palmas.)

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Obrigado, Senhor Dorgival Rodrigues. Muito obrigado! Primeiro eu quero, também, agradecer a presença do Deputado Estadual Professor Rinaldo, que vem nos prestigiar, ele é presidente da Comissão de Educação, Cultura, Desporto, Ciência e Tecnologia, da Assembleia Legislativa do Estado do Mato Grosso do Sul. Vou passar imediatamente ao relator, Deputado Vanderlei Macris, mesmo porque ele vai ter de pegar o voo, vai ter de sair daqui, impreterivelmente até às dezessete horas. Então, ele vai fazer a rodada de perguntas que deve fazer, vai ver qual dos expositores irá responder, e depois ele poderá ficar à vontade, caso o tempo dele estiver em cima do horário do voo. Logo depois, vamos passar a palavra para a Deputada Mara Caseiro, que foi uma parceira deste evento, junto com o Deputado Lauro Davi, e logo depois aos Deputados Federais. Quero também dizer do apoio do Deputado que é titular da comissão, o Deputado Mandetta. Ele perdeu o voo e não pode estar presente nesta audiência, mas também fez todo o esforço para que esta audiência pudesse ter o sucesso que está tendo. Então, Deputado Vanderlei Macris.

**O SR. VANDERLEI MACRIS** - Senhor Presidente, eu gostaria de cumprimentar, em nome de todos os nosso Parlamentares do Congresso Nacional, a todos os nossos convidados, debatedores que aqui compareceram, e agradecer muito a contribuição que nós recebemos. Gostaria de cumprimentar, também, os colegas João Ananias, que tem sido um grande parceiro nessa luta contra o excesso de álcool, na nossa comissão; a presença do Pastor Eurico; da Deputada Keiko, que aqui se encontram; e também agradecer a presença dos Deputados Lauro e da Deputada Mara, e em nome deles, todos os Deputados Estaduais desta Casa. Eu quero dizer aos senhores o seguinte: a iniciativa desse nosso trabalho foi que praticamente convergiu a presença de duzentos Deputados no Congresso Nacional, que assinaram esse pedido de organização de uma comissão especial, inicialmente era uma CPI, agora é uma comissão especial, que está tratando desse assunto. Duzentos Deputados assinaram esse pedido ao Presidente da Casa, Deputado Marco Maia, que de forma muito feliz indicou o Deputado Geraldo Resende, para ser o nosso presidente desta comissão. Eu já tive oportunidade de trabalhar com o Deputado Resende, na CPI que fez o levantamento das mortes das crianças indígenas, quando estivemos em Dourados, participando desse movimento. O Deputado Geraldo Resende, que é o nosso presidente, tem conduzido de maneira muito positiva a nossa comissão. O básico desse trabalho é o seguinte: nós já fizemos mais de dez audiências públicas na Câmara Federal, e estamos saindo para vários Estados brasileiros. Campo Grande, no Mato Grosso do Sul, é o primeiro Estado que nós estamos visitando nessa comissão. Estaremos em São Paulo, no início de agosto; visitaremos o Ceará, pelo Deputado Pedro Ananias; e depois o Estado do Pará, também. Então, nós vamos visitar cinco regiões brasileiras, para discutir e diagnosticar todo o movimento de abuso, de excesso de uso de álcool no nosso País. Isso está acontecendo e essa questão do excesso do uso do álcool está se transformando numa grande doença no nosso País. Eu ouvi alguns depoimentos que são muitos importantes para o nosso trabalho, e como relator, vou me fixar muito nas informações que nós recebemos aqui, hoje, para fechar o diagnóstico depois de alguns meses de trabalho que nós vamos fazer. Esse diagnóstico vai

propor não só ações do Governo Federal mais positivas em relação à questão do alcoolismo. Nós temos um trabalho que fala um pouco das fases, que são as causas do aumento de alcoolismo, o impacto na sociedade, que é muito importante, também. Audiências públicas específicas estamos fazendo sobre esses casos. A questão da comercialização, especialmente a propaganda, esse é um fato que vai ser fruto de uma audiência pública especial no Congresso Nacional, para chamar não só a indústria de bebida alcoólica, mas também os meios de comunicação, porque hoje há uma relação muito simbiótica entre os meios de comunicação com a indústria de bebida alcoólica. Então, a questão da propaganda vai ser um fato que nós vamos debater, e isso tem nascido nos nossos debates de maneira muito afirmativa; a questão das consequências, como a violência contra a mulher, contra a criança, contra idosos, quais são as consequências do excesso hoje de álcool; a questão da prevenção; a questão do tratamento. Todas essas fases nós vamos discutir nessa comissão. E, ao final dos nossos trabalhos, nós vamos concluir com um banco de dados. Talvez, o único instrumento de informação completo que nós vamos ter, serão os trabalhos que essa comissão está fazendo. Nós vamos fazer um diagnóstico do Brasil em relação a esse problema do excesso do uso do álcool. Então, eu queria agradecer muito as contribuições que aqui nós recebemos, isso vai ser muito importante para o nosso trabalho, especialmente para o meu relatório, que será depois submetido aos colegas da comissão. Apenas como referência, eu queria agradecer muito à Doutora Beatriz, que é a Secretária de Saúde, pela sua manifestação. Eu queria fazer uma pergunta. O volume de casos de óbito que a senhora colocou aqui, muitas vezes não consta o óbito em função do uso de bebida alcoólica, o que acontece é muito mais o óbito em relação às consequências da bebida, o sujeito tem um traumatismo, tem um problema qualquer. Então, as consequências são a causa do óbito da pessoa, e não a real condição pela qual ela teve óbito, e basicamente em função do excesso de bebida alcoólica. Eu queria saber se isso está camuflado nas estatísticas, e se está, se a Doutora Beatriz tem informações de percentuais em número de casos que estariam embutidos nas causas de óbito, não o fato gerador, que é o excesso do uso de álcool, e sim as consequências? Eu queria que a senhora desse alguma informação a mais, se é que é possível. Também, uma pergunta à Doutora Maia, do CAPS: Quantos CAPS-AD existem no Estado do Mato Grosso do Sul? Falamos de um, e eu queria saber quantos existem, se eles são suficientes e se a estrutura que têm é possível de ser ampliada, e se for ampliada se atendem? E qual o nível de resolutividade que nós estamos tendo no trabalho do CAPS, no Mato Grosso do Sul? Também, ao Doutor Fábio, queria fazer uma pergunta. Há uma informação de que 65% a 70% dos acidentes de trânsito por mortes são causados pelo excesso do uso de álcool. Esse dado eu acho que foi dado aqui, não é? Que estatística é essa? Há alguma informação de onde a gente pode ter esses dados? E perguntar, também, ao Doutor Zelik: Se as equipes de saúde indígenas, são suficientes, precisam ser ampliadas, e em quanto devem ser ampliadas e se devem ser ampliados os recursos para aumentar o nível de equipes de saúde indígena? E por final, agradecer muito a presença de todos os senhores, e dizer ao Doutor Dorgival, que foi o último que falou, que nós temos a absoluta segurança e consciência, que vocês, da sociedade, são os que mais podem contribuir com estas questões, e precisam e devem ter o estímulo e o apoio governamental, isso eu não tenho dúvida! A

Fazenda da Esperança, os AA, e tantas outras entidades que atuam nessa direção. Com certeza, nós teremos no nosso relatório menções especialíssimas à presença da sociedade organizada em relação a essa participação na luta contra o excesso do uso de álcool, no nosso País. O Brasil precisa de uma ação, todos aqui falaram e em todas as audiências públicas que nós tivermos, meu caro presidente. Ficou claro que o problema do excesso do uso do álcool precisa ser combatido já, especialmente na proibição da venda de bebida alcoólica para menor de idade. O País é permissivo ao extremo do ponto de vista de venda de bebida para menor de idade. Isso não é possível mais ser admitido! Nós precisamos de uma guerra em relação a isso, precisamos de uma participação efetiva da sociedade, dos poderes públicos, das Assembleias Legislativas, das Câmaras, das Prefeituras, do Estado. O Estado brasileiro é leniente em relação à bebida alcoólica. É leniente! Não existe nenhuma penalidade para quem vende bebida alcoólica para menor de idade e isso está acontecendo aos montes por todos os cantos do Brasil. Nós temos um milhão de pontos de venda de bebida alcoólica no Brasil! Um milhão de pontos de venda, dito na nossa comissão! E toda semana estimulada para a indústria vender cada vez mais. Toda semana está a indústria dizendo: “Olha aqui, bota uma placa melhor aí, vamos pintar o seu bar, vamos dar uma geladeira com vidro para mostrar melhor a bebida alcoólica!” Então, um milhão de pontos de venda estão sendo estimulados permanentemente. E vender bebida alcoólica para menor, nós não vamos nos contentar enquanto a gente não tiver uma ação mais positiva do Estado. O Estado se preocupa muito com a questão da droga ilícita. Essa é a droga lícita e a porta de entrada de todas as outras drogas. Então, nós vamos ter que atuar em relação a isso, o Congresso Nacional está atento a isso, e é por isso que nós estamos aqui. Agradeço muito aos Deputados desta Casa, a vocês da sociedade, especialmente aos meus colegas que me acompanharam. Eu lamento muito, por causa de compromisso em São Paulo ainda nesta noite, vou ter que tomar o avião, sair daqui às dezessete horas; fico até lá. Agradeço muito a participação de todos os senhores. Muito obrigado! (Palmas.)

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Gostaria de passar, imediatamente, à Doutora Beatriz, para responder o questionamento, e, depois, na sequência, à Maria Beatriz, depois ao Doutor Fábio, e ao Doutor Zelik, que foram os questionados pelo relator.

**A SR.<sup>a</sup> BEATRIZ FIGUEIREDO DOBASHI** - Eu vou responder às duas perguntas, porque ele perguntou sobre o número de CAPS no Estado, e eu acho que ela não tem essa informação. Enfim, o sistema de informações de mortalidade é alimentado pelas declarações de óbito. As declarações de óbito dão a causa imediata, a causa direta da morte, “devido a” “devido a”, Então, são três situações que são colocadas quando uma pessoa morre, porque antigamente só se morria de parada cardíaca, não é? E nós todos vamos morrer de parada cardíaca. Mas, enfim, devido à falência múltipla dos órgãos, pelas doenças tal, e pela doença tal. E o que eu disse é que muitos profissionais quando preenchem o atestado de óbito só preenchem as consequências, a causa direta da morte, que já é a consequência do uso do álcool, e não põe lá “devido ao uso abusivo de álcool”, ou “consumo de álcool durante tanto tempo”, ou “lesões causadas pelo álcool”; embora a gente tenha na Classificação Internacional das Doenças, como eu mostrei, grupos de códigos que podem demonstrar exatamente os malefícios do álcool e as consequências. Eu mostrei

doenças hepáticas, transtornos mentais, mas podem ter outros tipos, também. Então, tudo que depende, a informação que depende do atestado de óbito, padece desse viés, de ter alguma informação ainda faltante nesse conjunto. Mato Grosso do Sul é o sistema de mortalidade que tem maior cobertura no Brasil todo. Nós conseguimos captar quase 100% dos atestados de óbitos que são fornecidos no Estado, o que nos dá uma consistência de informação importante. Agora, em relação à qualidade da informação, nós temos avançado bastante, temos feito trabalhos com grupos de médicos residentes, com estudantes das universidades no sentido de capacitá-los para melhorar a qualidade dos atestados de óbitos. Essa é uma luta contínua para que cada vez mais a informação seja fidedigna. Mas a gente sempre chama a atenção para o fato de que podem, sim, haver informações camufladas, mortes além das que nós temos, porque não foi colocado ali que havia a intercorrência do alcoolismo. É como nós discutimos na mortalidade materna. Às vezes se dá o atestado de óbito para uma mulher, mas não se coloca que ela estava em fase pós-gestacional, perdeu uma criança ou estava no final de uma gestação, enfim não é caracterizado como mortalidade materna, só uma morte feminina. A respeito da sua pergunta sobre os CAPS, nós temos quatorze. Os CAPS são tipo 1, 2, 3; tipo AD, que é álcool e drogas; e o infantil. Aqui em Campo Grande há uma iniciativa inovadora que a Beatriz mostrou, o CAPS Pós-Trauma, que é um tipo de apoio para pessoas que passaram por um tipo de trauma. A tipologia que o Ministério da Saúde usa é essa: 1,2,3, AD e infantil. Nós temos quatorze CAPS tipo 1, seis CAPS tipo 2, três CAPS tipo 3, cinco CAPS Álcool e Drogas e dois CAPS Infantis. Essa rede é pequena para o nosso Estado e precisa ser ampliada, foi isso que referi na minha fala. O Estado está fazendo um cofinanciamento, treinamento, supervisões e mais um incentivo financeiro para que os municípios criem CAPS. Os serviços de saúde são eminentemente organizações sociais baseadas em pessoal, em recursos humanos, que é a parte mais cara dos serviços. Os municípios têm sempre dificuldade em montar novos serviços por conta da Lei de Responsabilidade Fiscal. Quando se atinge um percentual de gastos da receita com o pagamento de pessoal, os serviços de saúde ficam sempre prejudicados. Mas, temos uma política de incentivo a aumentar a rede de CAPS, por que essa rede ainda é insuficiente para o nosso Estado.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - O próximo é o Doutor Fábio. Poderia responder?

**O SR. FÁBIO AUGUSTO MORON DE ANDRADE** - Esse levantamento que o senhor colocou e que apresentei, de 75% dos acidentes automobilísticos, é do DETRAN nacional, de 2003. Acredito que se revermos pode ser que tenha subido um pouco. Mas, é uma estimativa de 2003 do DETRAN nacional.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Com a palavra a Deputada Mara Caseiro.

**A SR.<sup>a</sup> MARA CASEIRO** - Primeiramente quero parabenizar o Deputado Federal Geraldo Resende e toda a Comissão Especial da Câmara Federal, que hoje se faz aqui presente, por debater e abrir esse debate sobre a questão do alcoolismo no nosso País e Estado. Quero agradecer a presença da Deputada Keiko Ota; do Deputado Vanderlei Macris, do Deputado Pastor Eurico; do Doutor Fábio; do Doutor Zelik, da nossa Secretária, Doutora Betriz, e do meu vizinho, Deputado João Ananias. Quero antes de mais nada, antes que o

Deputado Vanderlei Macris se ausente, dizer o seguinte: O primeiro ponto que tem que ser colocado nessas sugestões para começarmos a coibir o álcool na nossa sociedade, é a proibição de vender bebidas alcoólicas para menores. Acho que isso é de fundamental importância, deve ser o primeiro item de qualquer trabalho quando falamos em coibir o uso de álcool na nossa sociedade. Acho que esse é o primeiro ponto. Desculpem-me, quero lembrar os meus colegas de Assembléia, Deputado Lauro Davi, e Deputado Rinaldo, que também se fazem presentes e a todos aqui presentes. Eu conversei esses dias com a Tânia Garib, e ela me disse que nós temos, no Estado, em torno de quarenta e cinco comunidades terapêuticas, mas que há ainda nada preconizado para que essas comunidades tenham apoio, seja governamental, municipal, federal ou estadual. Enfim, não se tem ainda um aporte financeiro para que essas comunidades consigam sobreviver e dar o apoio necessário, hoje, diante de todo esse aumento do uso não só do álcool, mas de todas as drogas lícitas e ilícitas que nós temos no nosso País, especificamente no nosso Estado. Assim como disse o Doutor Dorgival sobre o AA, que faz um trabalho sem aporte financeiro de outros, por opção, mas temos comunidades terapêuticas que são sérias e que têm vontade de trabalhar e desenvolver um bom trabalho. A Prefeita Marta está aqui hoje, da nossa região do Cone Sul, e lá nós temos algumas comunidades terapêuticas que estão pedindo ajuda e apoio para dar um atendimento a essas pessoas que fazem uso de álcool ou de qualquer outra droga lícita ou ilícita. Precisamos estabelecer isso: fazer um estudo com muita seriedade e responsabilidade, de todas as comunidades terapêuticas, e tentar dar um aporte financeiro a essas comunidades, como é a Fazenda Esperança, que é uma comunidade reconhecida, não só no Estado, mas em todo o Brasil, como uma comunidade séria. A Fazenda Esperança tem um trabalho de suma importância, quando enfatiza o tripé espiritualidade, trabalho e convivência. Porque não adianta a pessoa sair da Fazenda Esperança ou de qualquer outro centro de recuperação sem ter uma espiritualidade forte. Tem que ter alguma coisa, algum embasamento para que quando sair de lá, ela consiga se apegar em algo que a impeça de voltar a consumir o álcool ou qualquer outra droga. Acredito muito nesse tripé que vocês pregam, e é por isso que tem dado certo. Outra questão, hoje nós temos uma sociedade muito permissiva, tudo é permitido. Acho que é isso que tem feito com que os nossos jovens acabem entrando nas drogas e no alcoolismo, porque tudo pode. Os valores se perderam. Acredito que temos que trabalhar muito essa nossa juventude para restabelecer esses valores a estruturação da nossa família, que hoje está perdida. Deixo também uma sugestão aos Deputados que se fazem presentes: Por que não inserimos PSFs (Programa Saúde da Família), que existem em todos os municípios do Estado e talvez em todos municípios do País, uma, duas ou três equipes, um psicólogo, um assistente social, para trabalharem com esses dependentes químicos? Fica aqui a minha sugestão. É difícil conseguir sensibilizar o nosso Governo Federal a inserir esses profissionais no PSFs? Talvez seja, mas não podemos cruzar os braços. Fica aqui uma sugestão para que se incluísse nos PSFs, porque existem em todos os municípios, pelo menos do nosso Estado. O CAPS é o início, claro que é um excelente programa, maravilhoso, mas nós temos tantos transtornos hoje na nossa comunidade, que acredito que se incluíssemos o psicólogo e o assistente social, que não trabalham só a pessoa, mas o conjunto, que é a família. O assistente social unido com o psicólogo, que trabalha com a mente

humana, eu acredito que poderíamos conseguir dar um atendimento melhorado e talvez evitar esses transtornos que acometem a nossa comunidade. É essa a minha colocação. Mais uma vez, Deputado Geraldo Resende, parceiro nosso e que tem uma responsabilidade com o nosso Estado muito importante. Estive em Naviraí, Deputado Federal Geraldo Resende, e me orgulhei do seu trabalho. O que vocês estão fazendo lá, com uma emenda sua, com o seu trabalho, construindo aquele pronto socorro e o laboratório de análises clínicas, não tenho dúvida que vai dar uma melhorada na saúde da região do Cone Sul do Estado que é o que precisamos. Parabéns por essa iniciativa! Que Deus abençoe a todos vocês que trabalham e querem a cada dia uma sociedade mais justa e humana. Parabéns! (Palmas.)

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Obrigado, Deputada Mara Caseiro. Gostaria de dizer, já adiantando aqui, que esta Comissão Especial, fez um compromisso, todos os Deputados, de ofertarmos projetos e fazer com que a Câmara dos Deputados, o Presidente Marcos Maia, assumam como tarefa fazer com que todos os aspectos que são discutidos, e é uma infinidade de situações que envolvem o álcool e suas consequências, para que possamos fazer com que a legislação melhore. Quero dizer que fico feliz que já tem frutos desta comissão. O Deputado João Ananias daqui a pouco vai falar, e ele apresentou um projeto que acho de suma importância, que nenhum membro... (Dois projetos? Está apresentando outro?) Um projeto que nenhum membro de comissão técnica, de qualquer selecionado brasileiro, seja de futebol, de basquete, que somos campeões, nenhum jogador possa fazer propaganda de bebida alcoólica na televisão. Há outras iniciativas, antes de ontem mesmo, na audiência, teve várias sugestões de projetos. Para cada minuto de propaganda que fala sobre o álcool, que tenhamos direito a contrapropaganda no mesmo horário, no mesmo canal para falar sobre os malefícios do álcool. Há também outras iniciativas sobre a questão da publicidade que vamos discutir depois. Tudo isso será de fato o resultado do relatório que o Deputado vai apresentar. Vou passar logo para ele falar, porque ele tem que sair daqui a quatorze minutos. Vou passar para o João Ananias, Deputado do PC do B, do Ceará. Logo depois, passamos ao relator para que ele faça a sua fala final, pois ele terá que sair. O Deputado Mandetta está a caminho, ele quer estar presente porque é um dos proponentes. Estamos aguardando o Deputado Henrique Mandetta chegar. Deputado João Ananias.

**O SR. JOÃO ANANIAS DE VASCONCELOS NETO** - Quero inicialmente saudar o Deputado Geraldo Resende, com quem eu tenho uma longa afinidade e amizade, e manifestar a minha satisfação de estar aqui em Campo Grande, no Mato Grosso do Sul, trazendo juntamente com ele essa discussão. Entendo que essa é uma questão mais do que de saúde pública. Além de ser saúde pública é uma questão de cidadania, como foi colocado aqui pelos expositores. Por todas as áreas que se olha, para todas as alas às quais nos dirigimos, encontramos problemas decorrentes do uso do álcool. Quero saudar o nosso relator, o Deputado Vanderlei Macris, que tem feito um grande trabalho nesta comissão; o Deputado Pastor Euriko; a Deputada Keiko Ota, que está quietinha e caladinha ali, mas ela é uma brava Deputada. Permita-me colocar, ela teve um caso grave de violência na sua família, um filho sequestrado e morto em São Paulo. Todo o mundo sabe, porque foi um caso que chocou o País todo. Ela transformou a dor da perda de um filho de forma tão brutal, em esforço e

coragem para lutar e garantir para a sociedade, paz, tranquilidade e sossego, que é o que nós todos queremos. A Deputada Keiko veio e a parabenizo por isso. (Palmas.) Saúdo o nosso Deputado Lauro, que é presidente de uma comissão; a Deputada Mara; o Deputado Professor Rinaldo; o Deputado Mandetta, que acaba de chegar, o nosso companheiro e bravo Deputado, tanto quanto o Deputado Geraldo Resende, como representantes do Mato Grosso do Sul. Não estou a fazer para agradá-los, mas são dois grandes Deputados. O Mandetta é nosso colega na Comissão de Seguridade Social e Família, ele também é médico, como o Geraldo e eu.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Vamos chamar o Mandetta para se sentar à mesa.

**O SR. JOÃO ANANIAS DE VASCONCELOS NETO** - Estamos numa luta não só nessa questão do álcool, mas nas questões de saúde pública como um todo que estamos nos dedicando. Saúdo a companheira Beatriz, Secretária de Estado de Saúde, com quem tive a honra de dividir no CONAS, as nossas preocupações e lutas para a saúde pública. Ela foi presidenta do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde dos Estados Brasileiros. Uma mulher brava, com quem tenho a honra de dividir esta mesa, além dos demais conferencistas. Quero rapidamente colocar, Deputado Vanderlei, que a coincidência dos dados que o companheiro colocou, dos 75% dos óbitos ligados à questão da bebida, tem tudo a ver com aquela estatística que nós temos. O Governo Federal fez uma pesquisa em cinco Capitais, uma das quais Brasília. Brasília ainda vai mais, é mais recente do que a sua. Em Brasília e nas outras Capitais, o maior número de óbitos se dá sábado à noite. Não é por coincidência. Em Brasília, dos óbitos ocorridos sábado à noite, 77,06% estão relacionados à ingestão de bebida alcoólica. Portanto, o álcool está ligado à questão das causas externas, que não é só o óbito, mas a morbidade que deixa, os pacientes que ficam tetraplégicos, os pacientes que ficam inválidos com toda carga para a família e toda a sociedade. Além do trauma familiar, da perda, do óbito, as causas externas estão associadíssimas à ocupação de leitos de alta complexidade no SUS e UTIs. No meu Estado, a maior emergência, no Instituto Doutor José Frota, um hospital de quatrocentos e tantos leitos, 60% desses leitos no final de semana são ocupados por motoqueiros, sem capacetes, embriagados e sem habilitação, esse é o perfil deles. Tudo ligado à questão da bebida alcoólica. O uso está ligado a outras questões, não somente a óbitos: espancamento de mulheres, que são as grandes vítimas disso. Os casamentos, a família, a qual a Deputada Mara se referiu, e outras consequências que vão se multiplicando e reproduzindo ao longo do tempo nos filhos. Além do que a introjeção, que é um mecanismo psicológico que a criança capta na primeira infância e manifesta na fase adulta. O filho de um bebedor será bebedor também, sem dúvida nenhuma. Essas são questões graves que precisamos não apenas conhecer, mas lutar contra. Para concluir, acho que se levarmos em consideração o custo da segurança pública e do SUS... Estou tirando daqui os óbitos. Vamos falar em custo, tudo tem um custo e quem paga é o contribuinte. O Governo não tem uma máquina de fazer dinheiro, ele só faz quando a gente banca. O custo da previdência e da segurança social, se for associar e calcular isso na ponta da caneta, é uma coisa gravíssima. Nós temos quarenta mil óbitos, por ano, no trânsito. Se imaginarmos que 75% estão relacionados, 10% do total de todos os óbitos são ligados ao álcool. Portanto, acho fundamental. Por último

quero dizer que precisamos, e essa é a proposta da Comissão, realmente tem que apresentar sugestões, como disse o Deputado Geraldo Resende, e o presidente da Câmara banca ou não banca. A Câmara tem coragem de enfrentar a indústria da bebida alcoólica, a mídia, a televisão? Quem sustenta as televisões é a propaganda de cerveja. Vou encerrar dando um dado que sempre coloco para todo o mundo saber. Com relação à propaganda de bebida alcoólica, no País, há uma regulamentação de 1996, ou seja, acima de 13% Gay Lussac, que é medida que mensura o teor alcoólico, acima 13% tem controle, só pode ser a partir das dez horas da noite, mas abaixo de 13% onde estão as cervejas, a boa, a redonda, a quadrada, isso aquilo e outro, estão todas liberadas com a propaganda, como foi dito aqui, a propaganda farta, rica, com muito “marketing”, com muita criatividade, seduzindo a juventude. Eu encerro dando um exemplo: quando propus que jogadores de seleções brasileiras, não só de futebol, e técnicos, foi para chocar um pouco. Essa história do Mano Menezes, técnico da seleção: “Eu escalo a Kaiser”. Espera aí! O cara já ganha tanto dinheiro, e aí está dizendo isso para quem? Para a juventude. Vocês lembram da última Copa que o Brasil foi campeão? O Ronaldo botava o dedo: número um.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) – Deputado João Ananias, cinco minutos, para encerrar.

**O SR. JOÃO ANANIAS** - Então, encerrando, quero dizer: é fundamental que a gente faça a prevenção disso. E a prevenção passa pela proibição de propaganda, como fizemos com o cigarro. Não se faz mais propaganda de cigarro. (Palmas.) Devia proibir propaganda de bebida alcoólica na televisão. Não só na televisão, mas no rádio e jornal. Obrigado, Geraldo. Desculpe-me.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Desculpe-me, mas é que o Deputado precisa fazer a fala final para se dirigir ao aeroporto. Então, acione o Flávio Britto, ou o Betini, para poderem levá-lo ao aeroporto.

**O SR. VANDERLEI MACRIS** - Obrigado, Presidente. Quero pedir à Deputada Keiko que tome assento no meu lugar. Quero agradecer muito a todos os senhores do Mato Grosso do Sul, foi uma grande contribuição até o presente momento, e tenho certeza que ela virá ainda mais. Estamos gravando toda essa reunião e teremos um relatório de todas as propostas aqui apresentadas, que serão muito consideradas no meu relatório final. Quero agradecer muito ao Geraldo Resende, por essa iniciativa de estarmos aqui no Mato Grosso do Sul. O Deputado Mandetta, que acaba de chegar, uma pessoa que tem contribuído muito na nossa Comissão, com suas propostas sempre de bom senso, até pela Secretaria de Saúde, pelo que desenvolveu também, como secretário. O Doutor Zelik tinha de dar uma resposta a um questionamento meu. Eu tenho certeza de que nós receberemos esse questionamento, nossa assessoria também vai estar presente para acompanhar. Agradeço muito aos senhores e me desculpo bastante, mas tenho certeza que o resultado dessa reunião já foi positivo e será muito mais ainda. Muito obrigado. (Palmas.)

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Deputada Keiko, gostaria que Vossa Excelência estivesse aqui na Mesa. Passo a palavra ao Deputado Pastor Eurico, de Pernambuco, logo depois passo a palavra ao Deputado Mandetta e abrimos o debate para os Deputados Estaduais que quiserem, também, se posicionar. Deputado Pastor Eurico.

**O SR. PASTOR EURICO** - Senhor Presidente, nobre Deputado Geraldo Resende, para nós constitui-se uma honra estar ao lado de Vossa Excelência neste dia, e neste Estado do Mato Grosso do Sul. Já me ensinaram (Palmas.) Mato Grosso do Sul. Temos mais Deputados presentes: o Deputado João Ananias; o Deputado Vanderlei Macris; a Deputada Keiko Ota; o Deputado Mandetta, também, que acabou de chegar, pessoas importantíssimas nesse processo; os Deputados Estaduais presentes, Deputado Lauro e Deputada Mara; demais autoridades presentes; nobres expositores. Eu gosto muito de estar do lado de lá. Hoje eu estou do lado de cá, mas passei muito tempo do lado de lá. E na condição de lutador em prol da sociedade, não só pela minha função desempenhada como evangélico e pastor evangélico, mas há quase vinte e cinco anos lutando em prol da recuperação de pessoas, entendemos que por uma boa parte do tempo, o Estado tem sido um pouco omissor. Mas, como me foi confiado por quase duzentos mil eleitores essa responsabilidade de agora estar do lado de cá, e sou grato a Deus pela oportunidade de estar hoje como Deputado, e estar nesta Comissão, participando também da Comissão das Políticas Públicas sobre Drogas. Hoje estou, também, como vice-presidente da Frente Parlamentar de Apoio às Comunidades Terapêuticas, entidades acolhedoras e a PACS, estamos tentando somar junto aos companheiros, pensando o que fazer. O que vamos levar para o nosso Governo, para a nossa liderança maior? Porque existem muitas mãos que estão estendidas neste Brasil, querendo dar, produzir, recuperar vidas. São “enes” organizações, organizações evangélicas, cristãs, religiosas, católicas, espíritas, muitas ONGs, essas sim, antes do Estado e há muitos anos já vinham fazendo um grande trabalho a custo zero para o erário. Nós temos aqui, com certeza, pessoas que são representantes de centros de recuperações e de comunidades terapêuticas, inclusive, as comunidades terapêuticas são marginalizadas. Por incrível que pareça, se pegarmos a Resolução nº 101 da ANVISA, é um absurdo como querem normatizar as comunidades terapêuticas. É um custo altíssimo. E a maioria dos centros de recuperações, entidades acolhedoras que fazem esse trabalho, andam pedindo esmolas para recuperar vidas. É isso que a gente vê por este Brasil. Estou feliz por ter um representante da Fazenda Esperança, aqui. Estivemos no mês passado no Maranhão, na Fazenda da Paz, que é também uma das obras do Frei Hanz. Estamos vendo ali um trabalho grandiosíssimo sendo feito, e não existe investimento do Estado, não. Está se fazendo um grande trabalho. A nobre apresentadora que falou sobre os CAPS, olha, discutir CAPS, a gente fica com dificuldade, porque é algo assim para uma multidão de problemas, e não resolve. Ajuda, mas não resolve. Estamos levantando, também, no Brasil, através da Comissão das Políticas Públicas sobre as Drogas, o que está sendo feito pelas entidades acolhedoras, pelos centros de recuperações, independentemente de que organizações ele seja, e já temos resultados positivos de que quem mais recupera são essas organizações, principalmente, aquelas que tratam a pessoa com a dosagem espiritual. (Palmas.) Gente, a legislação da ANVISA agride o espiritual. E um dos maiores programas que estamos vendo, é que toda pessoa que quer se recuperar, porque tem de querer... A Fazenda Esperança não obriga ninguém ir para lá, vai quem quer. Agora me diga uma coisa: o camarada bate na porta da Igreja Católica, na porta de uma Igreja Evangélica, de um Centro Espírita, seja qualquer organização, se ela tem um cunho espiritual, a pessoa quer ajuda. Então, ela vai ser ajudada em todos os aspectos, e vai ter a dosagem

espiritual. Então, a Igreja Católica vai dar a doutrina Católica, a Evangélica vai... Quando ele sai de lá recuperado, ele decide se segue ou não. Porque o maior vazio que está comprovado nessas pessoas, é o vazio de Deus, gente. Esse é o grande problema no Brasil. Estamos vendo uma guerra. O Deputado João Ananias já deve ter escutado, como eu ouvi, quando falamos em combater propaganda de bebida alcoólica, já teve gente que chegou para mim: “Você está malhando em ferro frio, isso não vai ter futuro, porque tem uns quinhentos projetos aí e ninguém consegue.” Ou seja, o poder é forte das indústrias de bebida. Claro, as indústrias de bebidas têm um grande parceiro. Ela provoca o mau e o Governo quer o parceiro que banca os prejuízos, porque os impostos que são pagos, que são arrecadados, não cobrem essas despesas que estão aí, do SUS, da segurança pública, da previdência, não cobrem! Então, eles investem em propaganda. A propaganda induz. Depois que tirou a propaganda de cigarro, o número de crianças e adolescentes que antes eram bem maior, que entravam já para o uso do tabaco, diminuiu, porque a propaganda induz. Então, vejam, a propaganda é algo terrível. Diz que a propaganda é a alma do negócio. E esse negócio, é um negócio ferrenho, diabólico e destruidor, que está acabando com as famílias. E a gente precisa lutar por isso. Então, nós precisamos pensar nisso. Tivemos a infeliz, mas a infeliz fala da Doutora Paulina, uma pessoa de alta relevância neste País, nessa área, mas que foi dizer que não existe epidemia de drogas no Brasil. Pelo amor de Deus! Um dia desses, a gripe do frango quando chegou a quinhentas pessoas, disseram que era epidemia. Agora hoje nós temos milhões de pessoas que estão sendo vítimas, mas não é epidemia, como é que pode? Para completar, senhoras e senhores, eu lamento. Nós estamos fazendo um trabalho, e muita gente diz que Deputado não trabalha. Até pensava que não trabalhava mesmo. Cheguei lá e vi que a gente trabalha. Hoje, aqui, qualquer Deputado desse tem compromisso com o seu Estado. Agora, vejam o que acontece. Estamos numa guerra. A Presidente da República apoia essa comissão, como o Presidente da Câmara. A comissão está trabalhando, a Comissão de Álcool, a Comissão de Droga, tem toda uma solução para a calamidade do Brasil. Aí de repente chega o Ministério Público e diz: “Não. A marcha da maconha está liberada, todo o mundo tem direito. Pode fazer.” Isso é apologia, gente! Parece que existe uma luta contra a gente mesmo. Então, observe: estamos chegando a uma situação difícil. Imaginem, com proibição a coisa já é como é, imaginem se abrir. Álcool é o primeiro passo. Os mais “experts” aqui nessa área sabem que o álcool é o primeiro passo, depois do álcool vêm coisas piores. Vamos às delegacias: o que aconteceu lá foi um acidente, um assalto? BO, assalto, homicídio, é o que está lá...

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Trinta segundos.

**O SR. PASTOR EURICO** - É o que está lá. Vamos ao presídio.

Procura o preso. Por que foi que você matou? “Eu queria dinheiro para comprar droga, beber, fazer isso...” Lá no BO não tem isso, não. É uma calamidade o Brasil. Parabéns para os senhores, para os expositores! Parabéns para o Mato Grosso do Sul, que está irmanado nessa luta. A vitória é de quem luta. Muito obrigado. (Palmas.)

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Muito obrigado, Deputado. Passo a palavra, para a sua fala, ao Deputado Luiz Henrique Mandetta, e depois para a Deputada Keiko Ota, que vai nos brindar com a sua fala.

**O SR. HENRIQUE MANDETTA** - Muito obrigado, presidente dessa Comissão de Enfrentamento ao Alcool, Deputado Geraldo Resende, do Mato Grosso do Sul, experiente, que vem mostrando os caminhos como coordenador da Bancada do Mato Grosso do Sul, tanto para mim como para o Fábio, quanto para o Giroto, quanto para o Reinaldo, que somos Deputados que estamos chegando naquela Casa. Antes de mais nada, agradeço todo o carinho com que o Geraldo tem tratado toda a Bancada do Mato Grosso do Sul, que temos de deixar registrado aqui. Sejam bem-vindos ao Mato Grosso do Sul, o Pastor Eurico, a Deputada Keiko Ota, o Deputado Macris, que infelizmente teve de sair um pouquinho antes, que é o nosso relator, mas com certeza, não faltarão oportunidades para ele vir até aqui para a gente poder recebê-lo. Sei que amanhã haverá uma palestra da Deputada no SEBRAE, e muito importante de ser vista, porque vamos falar sobre perdão e justiça. Ela que em rede nacional, deu um exemplo muito grande de como perdoar e ao mesmo tempo como cobrar justiça. E, o meu combativo, ele me chamou de combativo, mas combativo é o João Ananias, que vem também fazendo um trabalho na seguridade social junto comigo, e a gente vem trabalhando duro. Nosso Deputado Estadual Lauro Davi, a Deputada Estadual Mara Caseiro; Secretária de Saúde, minha companheira de SUS, Doutora Beatriz Dobashi; meu amigo Fábio, colega de profissão, que vem fazendo, também, um trabalho muito grande junto à Fazenda da Esperança, um trabalho muito intenso na recuperação, e aos demais membros da Mesa; o meu amigo dos Alcoólicos Anônimos, não vi os créditos do senhor que estava aí sentado; Deputado Rinaldo; Flávio, da FUNASA; nosso Secretário de Saúde de Ribas do Rio Pardo, enfim, todos aqueles que de uma maneira direta ou indireta se interessam pela questão. Vejo aqui alguns companheiros de trabalho da Secretaria de Saúde, Controle Social, Ouvidoria, enfim... Eu participo de duas comissões ligadas às drogas: uma é essa do álcool, que é uma droga lícita; e a outra, a Comissão de Enfrentamento ao Crack, que é uma droga ilícita. E analisando os números, o apelo do crack é muito grande, porque visivelmente é uma droga nova, aí vem aquela fala sobre o oxi, que é uma droga nova que vicia e em muito pouco tempo você vê as pessoas sem discernimento, chamadas de zumbis, pessoas que... Nós fomos, o Pastor Eurico foi, na cracolândia, em São Paulo, e estamos andando o País. Amanhã vamos à Corumbá discutir com o foco da fronteira. Mas, quando a gente olha os números, pelo menos os números oficiais, é o álcool, que é lícito, quem acarreta na quantidade os maiores problemas para a sociedade. O álcool, no Brasil, tem alguns números e algumas situações que foram colocadas por essa comissão, que são desafiadoras. Existem mais de um milhão de pontos de venda de bebidas alcoólicas no Brasil. Não há, nem o menor município no meio da Amazônia, que não tenha uma placa, uma revenda, uma geladeira que agora eles tiraram a porta de metal e põe de vidro que é para o indivíduo olhar. Nas reuniões de trabalho da indústria de bebidas, imaginem uma reunião como essa que nós estamos aqui, está a diretoria, os diretores regionais, os gerentes, os microgerentes, e todos são comissionados pela quantidade que vendem. Se não conseguir ampliar o mercado, vai ser imediatamente demitido. Todas as estratégias mais modernas, do mundo, em comunicação pró-álcool, são utilizadas. As “pseudo campanhas”, se vocês já viram aquela campanha que a pessoa fala assim: “A turma tem de ter um que não vai beber, para dirigir o carro.” Parece que estamos vendo uma campanha de conscientização, mas é um engodo, porque um que esteja sem

beber e dez que estejam bebendo, a probabilidade do acidente e da violência é exponencial. Essa é uma maneira de se burlar a comunicação que é feita em cima do não beba. Não, então pega um para não beber e o resto está liberado. Quando você vê: “Se beber não dirija, se dirigir não beba,” a própria frase também é indutora de consumo. Porque primeiro ele coloca: se beber, não dirija. Até a entonação dessa frase é complicada. Nesta mesma reunião, se fossemos olhar o lado da empresa de bebida alcoólica, tem um sócio aqui dentro, que é o Governo, torcendo para que a gente venda mais para ele arrecadar mais. Há um sócio chamado Governo, que permitiu aqui no Brasil, a fusão das marcas de cerveja. A maior cervejaria do mundo, a AMBEV, que é brasileira, comprou todas as marcas de cervejas mais famosas do mundo, a Belga, a Budweiser, a Müller. Nós não estamos falando de uma coisa inocente. O dono da Schincariol foi assassinado, porque não fazia parte da “holding”. Nós estamos falando de quem aumenta 1% a sua divisão de participação no mercado, 1% virou bilionário. Nós, sociedade, eu não fiz a festa de quinze anos da minha filha, eu era secretário de Saúde, porque as festas de quinze anos dos jovens, Pastor Eurico, todas têm álcool. Se você fizer uma festa de quinze anos e não servir bebida alcoólica, a festa não foi boa, a festa não embalou. Porque já vem a cultura impregnada na adolescência. Quando vocês falaram que proibir a propaganda é malhar em ferro frio. Eu acho que é, sim, malhar em ferro frio. Porque estive com o Ministro Temporão, logo no início de seu mandato como Ministro da Saúde, ele colocou essa questão, tenho certeza que alguns de vocês se lembram disso. A repercussão foi tão grande contra ele, e olha que ele estava começando, normalmente nos primeiros trinta, sessenta dias existe uma certa tolerância, não é Geraldo, pelo início de mandato. Ele sofreu uma anticampanha, quase foi demitido nos primeiros trinta dias e teve que retirar a proposta dele. Conversando com algumas pessoas, como isso envolve dinheiro, mídia, propaganda, a maior indústria da propaganda é a bebida alcoólica, eu escutei uma sugestão e a coloquei como projeto de lei. Para cada minuto de propaganda que a indústria colocar na televisão, ela tem de contratar um minuto e disponibilizar para o SUS para a contrapropaganda. Para cada “outdoor” um será para a contrapropaganda, porque isso pelo menos permitiria, com algumas regulamentações, em tais horários, mas não tiraria o movimento da indústria do entretenimento e permitiria que pelo menos se colocasse o contraponto. Se fossêmos enfrentar com a única proposta de proibição, tenho certeza de que ficaremos marcados como mais uma comissão de bem intencionados. Então, foi uma sugestão que eu ouvi e deixo para a comissão analisar, talvez seja um caminho. Contratou o cachê do Zeca Pagodinho, o cachê ou o custo da produção tem de ser igual para se fazer uma propaganda da mesma qualidade em sentido contrário. Daí os artistas vão começar a pensar duas vezes entre associar a imagem dele com a bebida ou contra a bebida. O segundo aspecto é o valor da bebida. Aqui no nosso Estado, Pastor Eurico, existe uma bebida que vem em um saquinho plástico. Falamos muito da cerveja, do vinho no meio urbano. O Deputado Reinaldo aprecia um bom vinho, com moderação. Eu vou falar o nome, aqui existe uma bebida chamada Kiko. Não sei se já foi falado, hoje, aqui, do Vô Kiko. Pois é, o Vô Kiko é quase que um álcool puro, eu acho que aquilo deve ser mais que o absinto, não é Geraldo? O Vô Kiko é uma marca, enfim, aí eles misturam aquilo com os nomes mais... Corotes, e aí vai. A criatividade do brasileiro é enorme, e aquilo não custa um real. Se você for nas aldeias indígenas, Geraldo, tem uma aldeia indígenas

dentro da Cidade de Dourados, o suicídio que ocorre naquela comunidade são diretamente ligados ao consumo de álcool dentro das aldeias. É relação direta! (desculpe-me, cheguei atrasado.) Nós fizemos aqui na Santa Casa com o grupo das doenças não transmissíveis, a Beatriz conhece esse trabalho, trinta dias, vinte e quatro horas por dia dentro do pronto socorro da Santa Casa, e todos os acidentes, todas as entradas, foi questionado para saber se houve ou não ingestão de bebida alcoólica. Desde aquele de baixa complexidade até os de alta complexidade. E 68% dos casos dentro da Santa Casa de Campo Grande envolviam álcool. Nós fizemos um trabalho, porque nós olhamos, como todos já devem ter dito aqui, o aumento nas sextas, sábados e domingos, principalmente nos sábados. As empreiteiras que tocam as obras, e isso é um fenômeno nacional, existe uma cultura de se pagar a força de trabalho, os peões da obra, como eles falam, aos sábados. Aos sábados meio-dia pagam a obra, não é assim? É histórico isso! Nós fizemos um trabalho com quatro empreiteiras, solicitando-lhes que pagassem na segunda, e medimos qual foi o impacto entre os trabalhadores daquelas quatro empreiteiras. As mulheres deles falaram que o dinheiro começou a aparecer dentro da casa, pois quando ele pegava no sábado ao meio-dia, iam para o futebol, do futebol iam para a cerveja e da cerveja para o pronto-socorro e no domingo continuava a farra. Quando é na segunda...

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Quando não batia na mulher, não é?

**O SR. HENRIQUE MANDETTA** - E a violência contra a mulher. Quando é na segunda-feira esse dinheiro tem uma tendência de ficar um pouco mais para o alimento, porque na terça-feira tem trabalho. É lógico que não vamos conseguir colocar uma lei para isso, mas divulgar isso para o empresariado consciente, como uma sugestão para diminuir a violência de final de semana. Talvez parcelar, pagar um pouco, mas não pagar tudo. Enfim, é um enfrentamento muito grande, não podemos nos iludir nunca, o álcool é parte da sociedade, nós temos um País que foi embalado pela cana de açúcar, uma tradição do consumo de álcool. Nós vamos continuar, mas não podemos deixar o gráfico somente na linha ascendente, tem de haver um platô, tem de haver uma diminuição da infantilização, a venda de bebida alcoólica no posto de gasolina, nas conveniências, tem de ser repensada, se for permitida a venda, não pode permitir o consumo. Estão bebendo dentro do posto de gasolina. Estão abastecendo o carro e a cabeça, e ainda jogam o cigarro, correndo o risco de pegar fogo num posto de gasolina desse. Então, são algumas questões que eu tenho certeza que a presidência e a relatoria vão saber encaminhar de maneira mais correta possível. No mais é deixar registrado aqui o brilhante trabalho que é feito, e ela estava aqui e me cedeu a cadeira, é uma dama cedendo a cadeira a um cavalheiro, que é a Bia, a nossa gerente do CAPS - Álcool e Drogas, aqui de Campo Grande, que procura com todas as suas limitações fazer um trabalho exemplar no enfrentamento das questões de redução de danos e enfrentamento, tanto das drogas lícitas como ilícitas. Mais uma vez, há todos os nossos colegas Deputados de outros Estados é um prazer tê-los aqui, a gente fica sempre muito orgulhoso, Pastor Eurico, quando vemos as pessoas chegando aqui e falando Mato Grosso do Sul. (Palmas.)

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Muito obrigado, Deputado Mandetta! Passo a palavra a Deputada Keiko Ota, de São Paulo.

**A SR.<sup>a</sup> KEIKO OTA** - Boa tarde a todos e a todas! Quero expressar meu sentimento de gratidão, fui bem acolhida aqui, e voltarei sempre. Gostei muito do Mato Grosso do Sul! (Palmas.) Em nome da Deputada Estadual Mara, quero cumprimentar todas as mulheres, a Doutora Beatriz, a prefeita e todas. Em nome do nosso presidente, também, cumprimento todos os Deputados Federais, Estaduais, senhoras e senhores. Realmente a droga é um problema. A droga tem uma forma que está influenciando grandiosamente no aumento da violência, quer seja doméstico ou de outros tipos, e está intensificando essa criminalidade. Eu estou estudando muito a Casa Esperança, porque vem ao meu encontro. Depois que aconteceu tudo com o Ivis, fui estudando a mente da pessoas, vi que nós temos duas mentes: a consciente e o subconsciente. Consciente é o que estamos fazendo agora e o sub entra sem a nossa ordem, vai acumulando fatos negativos, tristezas, traumas, tudo sem a nossa ordem. Então, vejo que essas pessoas que se drogam, que se prostituem e fazem violência, nada mais é que aquela criança que viu, assistiu ou sofreu violência dentro de casa ou no ventre materno. Por quê? A criança até sete anos de idade tem o pai e a mãe como norte, eles são Deus para ela pois ela não tem conhecimento. Então é muito forte os pais presentes nessa infância. Quando chega na fase adulta ela vai colocar esse sentimento, que está guardado no subconsciente, de uma forma violenta, prostituindo-se, drogando-se, ou tirando a vida, como se a vida do outro não tivesse valor, inconscientemente. Então, essas pessoas que se drogam também têm uma causa. Eu achei muito legal essa questão do trabalho da Casa Esperança com a comunidade terapêutica, por quê? Porque eles fazem o trabalho, que a nossa essência é divina, eles fazem a espiritualidade. Nós seres humanos também somos espirituais, e isso ajuda muito. Então, nós precisamos intensificar esse trabalho nas unidades terapêuticas, porque esse é o caminho, trabalhar com as famílias, porque a família é a causa e também a é solução. E eu acho que nós temos que investir para que eles façam um trabalho bom, e é um investimento certo, trabalhando nesse sentido. E também quero agradecer a todas as pessoas que me deram essa oportunidade de estar aqui, essa comissão maravilhosa, e vamos fazer jus ao nosso trabalho. Muito obrigada. (Palmas.)

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Obrigado, Deputada Keiko Ota. A palavra, a palavra está aberta. Agora está aberto para o pessoal que queira fazer alguma intervenção. Só chamo atenção para o seguinte: são dezessete horas e vinte minutos, nós pactuamos também, que apesar do atraso inicial, que íamos terminar a sessão antes das dezoito horas. Então, a gente gostaria que as pessoas que quisessem falar, primeiro o plenário vai ter preferência, pois é de praxe da comissão, e depois a gente abre para o público. Está inscrito aqui o Deputado Professor Rinaldo, a Maria Beatriz e o Senhor Rogério, da FUNASA. Então, Professor Rinaldo. Eu já sei mais ou menos a ordem, mas depois a pessoa ao falar, também se identifique, para que na gravação possamos ter o nome das pessoas. Professor Rinaldo, gostaria que fosse breve, que todo mundo fosse breve.

**O SR. PROFESSOR RINALDO** - Só meia hora. Quero cumprimentar o Deputado Geraldo, e em seu nome, Pastor Eurico, Deputado João Ananias, que tive o privilégio de vê-los no debate, inclusive a Paulina, acompanhei de perto aquele debate, inclusive o Deputado Fábio Trad participou dele. Quero cumprimentar, também, todas as pessoas, a Keiko, Deputada, não sei se ela falou, mas ela tem um vínculo com o Mato Grosso do Sul, tem

familiares aqui; o Mandetta, que tem feito um trabalho brilhante, representante aqui dos alcoólatras anônimos; os Deputados Lauro e a Mara, que são da Comissão de Saúde; o Doutor Fábio e Doutor Zeliuke, que fez uma palestra maravilhosa, e a todos aqui presentes, a Flávia, enfim, prefeita. Eu quero ser breve, na verdade, hoje, eu usei a tribuna, Deputado João Ananias, usei os trinta minutos que é regimental, na nossa sessão, pela manhã, para falar justamente sobre um projeto que nós temos aqui, que é o PROERD, que é um projeto de prevenção. A questão das drogas aqui no nosso Estado é muito séria pelo fato de estarmos próximo da maior fronteira seca da América Latina. E que o Governo Federal, mais do que nunca, é preciso que ele faça o seu papel. Não nasce droga em Campo Grande, eu não conheço nenhum bairro, mas vem da região. E aí a gente acaba tendo essa pecha nacionalmente, e às vezes até internacionalmente, como se fossemos o protagonista disso. Então, o Governo Federal tem que fazer a sua parte. As ONGs terapêuticas, Deputada Keiko, Vossa Excelência falou com muita propriedade. Eu conheço e sou parceiro de inúmeras delas aqui no Estado. O Pastor Eurico deu o seu testemunho. Comentando aqui com o Flávio, nós estamos dentro de uma tricotomia: alma, espírito e corpo. Não tem como, essa simbiose é real, assim como o estado da água, líquida gasosa... E já dizia Aristóteles, antes de Cristo: "O homem é eminentemente político porque defende um ideal, ele é animal porque se movimenta e ele é espiritual porque acredita em um ser superior." Se não fosse as ONGs, e aí a igreja como instituição, todas elas, como foi dito pelo Deputado Eurico, se não fosse essas instituições, imaginem como seria o nosso planeta. Então, finalizo parabenizando a todos dessa comissão, do Congresso Nacional. Esse é um tema que reiteradas vezes temos usado a tribuna, e já finalizo, Senhor Presidente, mas para dizer o seguinte: o dia, Deputado João Ananias, que nós tivermos os 7% que preconiza a Organização Mundial de Saúde, Beatriz, nossa querida secretária, na saúde...

**O SR. GERALDO REZENDE** - Mas 7% é pouco.

**O SR. PROFESSOR RINALDO** - ...nós vamos resolver, sabe por quê? Porque a questão das dependências químicas é questão de saúde pública, e hoje, pelo que ouvi, inclusive na comissão, no debate que vocês fizeram, que eu assisti, apenas 1,6% do PIB, o dia que nós tivermos, as ONGs não vão ficar de pires na mão e nós vamos ter condições de fazer com que a nossa criançada, a nossa família, tenham realmente qualidade de vida. Portanto, eu venho aqui me somar a esse debate, a essa situação. Fiz questão de estar aqui presente, porque essa não é uma questão só do político, é uma questão da sociedade. Agora, nós temos a carta, nós temos a procuração da população para fazer com que esse direito realmente aconteça. E repudiar mais uma vez o nosso Supremo Tribunal Federal, que infringiu, usurpou alguns artigos da Constituição, o último agora, o artigo 286 e 287 do Código Penal, que diz que isso não é apologia. E eu, junto com o promotor de justiça, já finalizando, Geraldo, meu querido amigo, junto com a Mara e a vereadora Professora Rose, o Doutor Sérgio Harfouche Promotor da 27.<sup>a</sup> Vara da Infância e Juventude, dia dezoito passado, percorremos as ruas de Campo Grande repudiando essa atitude que, na verdade, se ela influencia até o cidadão acima de vinte anos, imagine uma criança e um adolescente, pois já temos casos de oito a nove anos que já são dependentes químicos. Nós não podemos ver crianças acorrentadas por conta da dependência química, e eu espero que Vossas Excelências, não tenho dúvida, haverão de cumprir esse

papel tão nobre, tão importante, que é fazer com que tenhamos os meios necessários para darmos condições de resgatar a família brasileira. No mais, parabéns a todos, perdoem-me por ter passado os oito minutos que Vossa Excelência me concedeu. (Palmas.)

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Como sempre, obrigado, Deputado Professor Rinaldo, meu amigo, oriundo da nossa querida Fátima do Sul, Distrito de Culturama. Passo a palavra à Maria Betariz. Peço desculpa, mas tentando pedir para o pessoal ser o mais breve possível.

**A SR.<sup>a</sup> MARIA BEATRIZ ALMEIDINHA MAIA** - Eu só quero esclarecer algumas questões que foram pontuadas aqui. Primeiramente, à Deputada Mara, que hoje os PSFs já contam com assistentes sociais, e têm alguns programas do Ministério da Saúde, junto com o SENAD, para trabalhar com essas questões específicas de álcool e droga. Então, hoje, tem uma gama de projetos que são trabalhados com capacitação on line, à distancia, para capacitar toda a rede de saúde. Quanto à questão das comunidades terapêuticas, Deputado, eu só queria ressaltar algumas questões. Nós do CAPS-AD não somos contra as comunidades terapêuticas. Eu acho que a comunidade terapêutica, também faz parte de uma gama de pessoas que estão no processo. Então, eu não posso excluir a comunidade terapêutica de forma alguma. Quando o senhor fala da Normatização 101 da ANVISA, essa normatização, além de alguns pontos importantes, porque foi necessária. Temos que unificar essas questões de atendimento, não dá para uma comunidade terapêutica não ter um psicólogo, não dá para uma comunidade terapêutica não ter um enfermeiro para atender, para fazer um acompanhamento com um projeto terapêutico individualizado. O Programa: “O Plano de Enfrentamento ao Crack e as Outras Drogas”, do Ministério da Saúde, viabilizou algo, como o senhor bem sabe, a questão de compras de leite em comunidades terapêuticas. Campo Grande já está fazendo esse estudo porque a gente sabe que isso é importante. Agora, o que não dá é para a gente ter um convênio, a saúde ter um convênio, a assistência social ter um convênio, com comunidades que não tenham projeto terapêutico individualizado para aquele usuário. Eu não posso obrigar o usuário, eu acho que a espiritualidade é de suma importância sim, aquilo que o Doutor Fábio colocou é muito importante. A espiritualidade faz parte do processo de recuperação, de controle, da questão do uso de álcool e drogas, mas não é só isso. O CAPS-AD, para mim e para minha equipe, não importa o que ele fez, o que ele cometeu, eu tenho que estar com minha unidade de portas abertas para receber aquele usuário, assim como as comunidades terapêuticas também fazem. Então, essa parceria nós temos que construir de uma forma conjunta, isso é importante. Hoje, o Estado tem uma comunidade terapêutica que atende adolescentes, que é financiada pela SETAS. Então, temos que crescer, avançar, mas não posso falar que o CAPS-AD não seja um local eficaz para o atendimento. O CAPS-AD é importante nesse processo, as comunidades terapêuticas, as equipes redutoras de danos, que vão nos locais para resgatar, para referenciar esse usuário para as unidades de atendimento, e temos que discutir mesmo. Eu fico preocupada quando se fala que a normatização da ANVISA quer prejudicar. Não, ela não quer. Eu acho que temos que ter alguns parâmetros na área da saúde, que são importantes, por isso que eu acho que essa comissão é importante para se discutir. Obrigada.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Eu só gostaria de dizer que a questão da assistente social, eu fui o autor do projeto e o projeto não teve passagem, não foi aprovado a assistente social no PSF. Houve a aprovação da assistente social no NASF e no CAPS. Logicamente que aceitei a argumentação do Ministério da Saúde, dos secretários de saúde de todo o País, que, mostraram que a medida que eu apresentei o projeto da assistente social, como também havia apresentado o da psicóloga, a equipe ia ficar hipertrofiada e não tinha recursos para fazer o financiamento, e logicamente ficou somente nas equipes. A Deputada Jô Moraes, do PC do B de Minas Gerais, que foi a relatora, e ela modificou a minha proposta e colocou como proposta nas equipes de gerenciamento do NASF e CAPS.

**A SR.<sup>a</sup> MARA CASEIRO** - Deputado Geraldo Resende, dois minutinhos.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Mara Caseiro, vou dar no final a possibilidade de uma réplica, mas eu só gostaria de pedir para o Deputado...

**O SR. FLÁVIO BRITO** - O meu é rápido, eu vou pular.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Só um pouquinho, Deputado.

**O SR. FLÁVIO BRITO** - Gostei, obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Estou dizendo que você já tem cara de deputado.

**O SR. FLÁVIO BRITO** - Você é um cara gentil.

**A SR.<sup>a</sup> MARA CASEIRO** - São premonições.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Tenho sempre essas premonições. Só para ser democrático, o Senhor Rogério, da FUNASA, pediu antes de você, Flávio. Então, Flávio Brito. Depois tinha o cidadão lá atrás, o Anísio e depois a de cor de rosa.

**O SR. FLÁVIO BRITO** - Alguém podia anotar essa ordem que você está falando.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Esta bom, eu tenho aqui na memória. Flávio Brito.

**O SR. FLÁVIO BRITO** - Vou ser rápido, e vou pular a parte aqui, de parabenizar à Mesa e o trabalho da comissão, do Mandetta, Deputado Federal do Mato Grosso do Sul, que já tive a oportunidade de participar de duas audiências públicas, não é Mara? Nós já estivemos juntos. O trabalho de vocês, chegando ao nosso Estado, é fundamental. Vou dar as boas-vindas aos Deputados de fora, e dizer para tratar de forma diferente, os diferentes, e propor aqui que no caso da Jaguapiru Bororó, em Dourados, que lá tem doze mil brasileiros, vamos separar aqui esse índio, o negro, o mameluco, o cafuzo, o que for, estão lá, são doze mil brasileiros, e tem um CAPS-AD dentro da aldeia, para atender a especificidade dessa população. Então, a proposta... Quero parabenizar o Zelik, que fomos companheiros de tanta luta juntos por essa explanação. Parabenizar a Mara, que sabe muito bem o que dói lá na ponta, não é Mara? Lá no município pequeno, no CONE-SUL do nosso Estado, município pequeno, pobre, da Prefeita Marta, que está aqui, é o conhecimento e a sua experiência para a comissão ser da maior relevância. Muito obrigado a todos e parabéns pelo trabalho.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Você cedeu a palavra para o chefe, trocou de lugar. Então você passou a vez.

**O SR. FLÁVIO BRITO** - Eu cedi a vez, Deputado.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Está bom.

**O SR. FLÁVIO BRITO** - Eu sempre digo: hierarquia aqui é posto.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Esta ótimo, então com a palavra.

**O SR. ROGÉRIO HUMENHUK** - Meu nome é Rogério Humenhuk, sou servidor público federal há mais de trinta anos. Eu quero dizer que é uma honra estar aqui, nós servidores públicos federais da FUNASA estamos aqui a convite do nosso superintendente, o Doutor Flávio Brito. Para mim é um motivo de satisfação, além das duas ideias que eu irei dar, que venho trabalhando alguns anos nessa área. A minha formação de servidor, sou médico veterinário, mas atualmente faço psicologia, estou no quarto ano, eu vim recentemente do Estado de São Paulo, aqui para o Mato Grosso do Sul, no mês de fevereiro e agradeço o Doutor Flávio, que permitiu a minha remoção, com muita facilidade, para este Estado. Quero dizer que estou regressando, comecei a minha vida funcional aqui, em 1977, quando sai do Rio de Janeiro, onde me formei, fiz o concurso federal, e fui convocado por Brasília para assumir aqui o cargo, concursado federal, e trabalhei na divisão do Estado. Trabalhei, inclusive, em 1977 e, junto aos governos da época, fazendo um trabalho no Estado, ouvindo pessoas no trabalho para a divisão. Inclusive esse nome Mato Grosso do Sul, na época do decreto de lei do ex-presidente Geisel, ele lançou como estado de Campo Grande capital Campo Grande, aí os Mato-Grossenses não aceitaram e o Geisel revogou o ato e colocou o nome Estado do Mato Grosso do Sul. Quando eu trabalhava em um área importante, de gestões, inclusive, na época, a minha sugestão para o nome deste Estado seria Estado do Pantanal, com a sigla PL. Então eu quero dizer que é uma honra estar voltando para este Estado, e ainda continuar o meu trabalho. Eu quero saudar o Deputado Geraldo Resende, pelo seu brilhante trabalho, e porque o senhor é um dos defensores da nossa FUNASA. Saudando o Deputado Geraldo Resende, saúdo todos os Deputados Federais, Estaduais, todos os homens, entendendo todos os representantes, oradores, neste momento. Quero saudar a Deputada Mara Caseiro, que eu aprendi a gostar de seu pronunciamento, pois assisto diretamente à noite, em minha casa, a reprise da TV Assembleia, como assisto todas as noites a TV Câmara e a TV Senado. Então, quero parabenizar, através da Deputada Mara Caseiro, nossa Secretária de Saúde, as mulheres presentes, e a prefeita. Deputado Mandetta, a sugestão que eu vou dar, gostei muito de seu pronunciamento, e talvez a minha ideia, vou lhe dar um projeto, vou ler agora, que eu venho pensando. Como fizeram nas carteiras de cigarro, a obrigatoriedade daqueles símbolos das carteiras, do malefício do cigarro, sugiro a Vossa Excelência, que o Senhor faça um projeto de lei juntamente com o Deputado Geraldo Resende, um projeto em conjunto, que em todo rótulo de garrafa de bebida alcoólica tenha que ter atrás, também, o rótulo dos malefícios do álcool, com fotos e com a descrição. Isso os senhores conseguem fazer, certo? Então, essa é uma sugestão. Quanto a Deputada Mara Caseiro, como estudante de psicologia, além de eu trabalhar em vários órgãos federais, o meu último trabalho eu pedi para ir trabalhar em São Paulo, trabalhei em vários Estados, e lá pedi para ser colocado à disposição do município. Eu quis viver, Deputado Geraldo, como servidor federal, a vida do município, como é que o município vive, e lá vi a necessidade do PSF, de além do médico, do dentista, no

PSF, Senhores Deputados, agora vai uma lei, também, Deputado Geraldo Resende, para o senhor e para o Deputado Henrique Mandetta, nossos Deputados do Mato Grosso do Sul, que façam mais esse projeto de lei, que seja obrigado, no PSF, a presença do psicólogo, do assistente social, do terapeuta ocupacional e também do médico veterinário, que muitas doenças que ocorrem na população vem das zoonoses. Então, essas são as minhas sugestões. Muito obrigado pela oportunidade e parabéns a todos.

**O SR. PRESIDENTE** - Obrigado! Anísio, lá de Corumba.

**O SR. ANISIO GUILHERME DA FONSECA** - Quero cumprimentar, em nome do Deputado Geraldo Resende, todas as demais autoridades, e em nome da Secretária Beatriz Dobashi, e da minha grande amiga, Doutora Raimunda, cumprimentar a todas as mulheres e as etnias, e a vida que pulsa, porque, lembrando bem, o útero é vida. Então, todos nós temos que lutar pelo útero, porque o útero das nossas mães foram a nossa certeza de estarmos aqui, e o útero das nossas mulheres a garantia da nossa continuidade. Nesse dizer que os úteros das mães indígenas são tão sagrados, e o grande útero da grande mãe terra é tão sagrado, principalmente a terra latino americana, terras de povos originários de mais de noventa etnias fora do Brasil. No Brasil ainda resistindo duzentas e cinquenta etnias aproximadamente, cento e noventa línguas maternas. Lembrar para os nossos amigos da FUNASA que somos em nove etnias. Porque há uma etnia que migrou da Bolívia, que a FUNAI tem estudo, não tem agrupamento, aldeamento, mas está em estudo, o Povo Camba que migrou para a construção da ferrovia. Não podemos esquecer dos quilombolas; não podemos esquecer dos ciganos; não podemos esquecer da grande fronteira, que há pouco tempo atrás, nós tivemos o governador, que sintetiza, não por ser governador, mas sintetiza a realidade fronteira de que muitos se enriquecem na região Sul do Estado com o Paraguai, Brasil/Paraguai. Quando há três países no imaginário, dentro do coração e da mente das pessoas que são Brasiguaios, por que ali, fala-se guarani, fala-se português e fala-se espanhol. Então, há um terceiro território Brasiguaios que as convenções internacionais não reconheceram, mas que nós não podemos negar que a nossa riqueza sul-mato-grossense. Quero também afirmar aqui e parabenizar o senhor do AA, quando trouxe para nós a garantia de que alcoolismo é um mal da pós-modernidade de um pseudo-hegemonia, de um sistema que não escolhe a quem destruir: se rico ou se pobre. Graças a Deus, na herança cultural de nenhuma etnia desse mundo, mas sim da ganância daqueles que querem dominar o mundo pela destruição do outro, desde que eu me sinta bem, não sabendo que matar o outro está morrendo junto. Quero aqui deixar a proposta para dizer que sou graduado, estou graduado em geografia, sou da Etnia Guatós, índios canoieiros do Pantanal, etnia que passou por quarenta anos sendo considerada como extinta. Então, portanto ainda tem Paiaguás, há vestígios no Pantanal, ainda tem o Guanás, ainda tantas outras etnias que podem estar por aqui. Como subnotificações de algumas coisas, podem estar o sub-registro étnico da riqueza da multiplicidade e da biodiversidade que faz do Brasil um mega diverso para o mundo. Eu quero dizer para a Câmara Federal, aos representantes, que a proposta que nós podemos passar é sobre a taxação das grandes fortunas oriunda do enriquecimento de operadores na indústria, com produção, comercialização, distribuição, divulgação e comercialização sem marginalizar e criminalizar o consumo. Dizer também que males que nós enfrentamos como o

das drogas ilícita, não é problema dos nossos irmãos vizinho. Porque a UNESCO e a ONU reconheceram que somos na América Latina, tristemente reconhecemos que somos o que a UNESCO registrou esses dias, países produtores da droga ilícita.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Trinta segundos.

**O SR. ANÍSIO GUILHERME DA FONSECA** - (Já vou concluir.) A ONU e a UNESCO reconheceram que os grandes consumidores, são europeus, e norte americanos ricos. Não negou isso! Para concluir quero dizer à FUNASA que nos ajude a dizer que o pânico que as populações indígenas, não só no Mato Grosso do Sul, vivenciam, mas no Brasil principalmente na região de fronteira às vezes levam à depressão, levam ao entristecimento e à perda da alma. O primeiro vestígio dela é a fuga pelos alucinógenos que não é mais relacionado com a espiritualidade, mas é com a degradação daquilo que está faltando: Alma. Às vezes, não faltando nos indígenas, por que para tirar de nós, já às vezes jogaram as suas próprias almas no lixo. Então, nos ajude, FUNASA! Não vamos jamais permitir que nossas mazelas e que as nossas atrocidades vivenciadas nas aldeias, possam ser traduzidas amanhã, mais tarde, como cultura de um povo sem discutir a ganância do agronegócio exportador e de toda a situação conflitante que terá e que provoca a morte, no campo, do indígena e de outras etnias.

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Obrigado Anísio. A senhora lá. Gostaria que a moça que está nos ajudando aí, pudesse encaminhar o microfone para a senhora cor-de-rosa, ou salmão.

**A SR.<sup>a</sup> PASTORA IARA REGINA** - Boa tarde a todos! Salmão! Muito obrigada. Boa tarde a todos, sou a Pastora Iara Regina, sou presidente do Centro de Recuperação Esperança, tive a responsabilidade e a honra de receber a presidência, há dois anos, das mãos do Pastor Aníbal, que há trinta e dois anos fundou essa comunidade terapêutica. Muito obrigada à Tereza, que me deu a honra também de estar aqui nesta tarde compartilhando com vocês, todos os problemas, às necessidades, que já foram tão bem colocadas por todos vocês; cada um dentro da sua área; cada um dentro de seu setor. Nada mais teria a acrescentar se não fosse à questão de que há um ano nós fundamos um projeto, um projeto com crianças, que faz parte do Centro de Recuperação Esperança, e nesse projeto com crianças, nós fazemos eventos, recebemos essas crianças nos finais de semana. O que eu quero colocar aqui, amados, queridos que estão aqui nesta mesa, simplesmente algo que está acontecendo e que não foi falado totalmente. É uma sugestão que se encerra com uma interrogação: As nossas crianças estão tendo grandes professores e incentivadores para o consumo de álcool; até vou deixar as drogas de lado, vamos falar do álcool, as drogas lícitas, que são a perda dos valores da família. As nossas crianças estão aprendendo a consumir álcool dentro de casa, com os seus pais! Não existe uma campanha; não está havendo um direcionamento maior da nossa sociedade, das nossas autoridades, da mídia, em direcionarmos campanhas de prevenção anti drogas que enfatizem os valores da família que tem uma linguagem para que nossas crianças tenham a opção e o direito de escolha. Nós fizemos um teatrinho infantil (Vou procurar ser bem rápida) onde nesse teatro infantil nós tivemos a participação da Primeira Igreja Batista, a qual agradeço de público com o Grupo Impacto Aventuras, onde reunimos cento e cinquenta crianças, no último dia vinte e oito. Eles trouxeram um teatrinho onde tem o pato, e o pato que fala uma

linguagem de criança é filho de um alcoólatra, e durante esse teatro o silêncio daquelas crianças de periferia que não têm cultura, que não aprendem; é pequena, por que no Bairro Tiradentes nós não temos se quer um lugar para reunir essas crianças; eu reuni na igreja, em nosso centro de recuperação. Crianças em silêncio, ouviam, e essas crianças choravam. nós temos foto dessas crianças chorando e, grande maioria delas, levantavam a mãozinha e diziam: “não chora pato, por que meu pai em casa também bebe.” “Não chora pato, por que ele bate em mim quando ele bebe”; “porque minha mãe se alcooliza e não faz comida para mim.” Crianças inocentes de cinco, de seis, de sete anos. Queridos, nós temos que criar campanhas e unir forças, para que os valores da família sejam dados a estas crianças, para que quando elas... Não podemos combater à mídia, concordo, Doutor Luiz Henrique. Não é fácil! Tirar da mídia campanhas publicitárias de bebidas não é fácil, mas nós podemos ensinar as nossas crianças que quando elas crescerem, elas têm o direito de escolher, aos treze, aos quatorze anos, se elas querem consumir bebidas ou não! Proibir é importante? É!, mas é uma vergonha. Eu tenho estado na noite, tenho estado em altas rodas sociais, onde pessoas tanto da classe baixa, como da classe “C”, “D”, da classe “A”, consomem bebida alcoólicas diante de seus filhos. Se você vai em uma festa de criança de um ano de idade, tem mais cerveja do que refrigerante. Existem casas noturnas, peso aqui que se existe uma lei, eu a desconheço, perdoem a minha ignorância, mas não sei se existe ou não uma lei que proíba, mas está acontecendo, virou moda, casas noturnas com bares, com choperias, que oferecem “um maravilhosa atrativo”: Parquinho de diversão para as crianças. Eu tenho estado lá meia noite, uma, duas da madrugada, senhores, e tenho visto crianças semiadormecidas brincando no parque enquanto seus pais se embriagam; pegam seus carros e saem com as crianças dentro.

**O SR. PRESIDENTE (Geraldo Resende)** - Para concluir, trinta segundos.

**A SR.<sup>a</sup> PASTORA IARA REGINA** - Quando a criança chegar aos treze anos e for comprar bebida e disserem a ela que é proibido, ela vai perguntar: “Por que para o meu pai não é proibido, e para mim é”. Então, a minha colocação para encerrar a margem é que os valores da família sejam enfatizados em campanhas publicitárias, em igrejas, em associações, para que as nossas crianças não venham a ser o alcoólatra que hoje nós, Doutor Fábio, Deputado, tratamos nas nossas comunidades terapêuticas. Muito obrigada, e parabéns pela iniciativa.

**O SR. PRESIDENTE (Geraldo Resende)** - Esta Presidência tinha assumido o compromisso de terminar esta sessão as dez para às dezoito horas, dez para às seis, dez para às dezoito, faltam somente dez minutos. Então, o tempo já está encerrado. Mas eu vou dar dois minutos para a Deputada Mara Caseiro; logo depois para o jovem ali, um minuto; para a Fabiane, mais um minuto; para a gente poder encerrar pelo menos até às dezessete e cinquenta e cinco, porque eu tenho um compromisso e tenho que sair daqui, no máximo, às dezoito horas.

**A SR.<sup>a</sup> MARA CASEIRO** - Não! Eu só queria colocar, porque a Bia falou sobre a questão dos PSFs, que aqui já tem um assistencial. Que bom, mas os municípios do Interior, a gente não tem aporte financeiro para fazer isso. Bem que gostaríamos! Eu fui prefeita e sei a dificuldade que a gente tem! Então, é uma sugestão, o Deputado já falou que foi, infelizmente, não foi aprovado, mas

nada impede, Deputado Geraldo, que entre de novo e que vá para o enfrentamento, já que hoje é uma discussão essa questão das drogas...

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Foi aprovado como modificativa!

**A SR.<sup>a</sup> MARA CASEIRO** - Com modificativa?

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Com modificativa!

**A SR.<sup>a</sup> MARA CASEIRO** - A Doutora Beatriz falou: "Mara, mas já tem os BASCS"! Só que não são em todos os municípios, não é? Claro que para isso precisa de uma estrutura também, sendo que nós já temos lá os PSFs e que poderiam então, através de uma política federal, que implantassem, que incluíssem os nossos assistentes sociais e psicólogos. Agora, uma outra coisa, Bia. Eu queria dizer uma outra coisa, Bia. Exatamente para que essas comunidades terapêuticas possam ter o seu psicólogo, o seu psiquiatra, a sua assistente social, uma equipe multidisciplinar, é que a gente tem falado da necessidade de se ter um aporte financeiro, legalizado, para essas entidades. Claro, entidades que sejam sérias, como é a nossa Fazenda Esperança, que a gente sabe que é! E outras também, que nós temos no Estado, seja das comunidades evangélicas, comunidades católicas, não importa! O que importa é que seja um trabalho sério e que dignifique o cidadão. Eu acho que é isso que nós precisamos, e é isso que nós defendemos! (Palmas.)

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Obrigado, Deputada! O jovem ali, eu queria que ele se identificasse; depois a psicóloga Fabiane, e após a fala da Fabiane a gente passa para a Mesa, com quem quiser, para fazer as considerações finais. Com a palavra... ou encerramos.

**O SR. ANDRÉ LUIZ ALVES DE SOUZA** - Meu nome é André Luiz, sou representante do Movimento Organizado Estudantil de Mato Grosso do Sul. Quero parabenizar a Assembleia por essa atitude, por essa determinação. Porque uma pessoa determinada, ela faz uma diferença significativa. E um grupo de pessoas determinadas muda o curso da história. História essa que está acabando com os estudantes, acabando, arrastando as famílias também! Não é? Não esquecendo que neste seminário, neste exato momento, está acontecendo uma seguinte coisa. Tem um ex-estudante, está ameaçando a sua mãe, ela está com o último dinheiro, estava guardando para comprar o feijão! Ele já vendeu tudo dentro de sua casa! E ele está lá, ameaçando, para pegar aquele último dinheiro para comprar droga! Hoje a burocracia, demorada, tem que virar ação! A privada está cheia – desculpem a palavra – de merda! Mas nós temos que meter a mão! Chega de ficar sem querer enxergar as coisas que estão acontecendo! Hoje, o movimento estudantil está com parceria com a Clínica da Alma, que nos deixa mais maravilhados é que trinta e sete pessoas estão de volta, entregues à sociedade com suas famílias; trabalhando, com carteira assinada! E é possível! O impossível possa a ser possível! Mas quando a gente enxergar a realidade dessa coisa e tirar a camisa, arregaçar suas mangas e bater de frente! Eu quero agradecer a todos vocês que estão aqui presentes, que nós possamos enxergar esse fato, mais realidade, não é? Porque se não nossas crianças vão estar igualzinho aquele rapaz ali que está dentro do golpe, sem conseguir se levantar mais nem para respirar! E que façam, rapidamente, um projeto de ação para abordagem. Hoje estamos com a Clínica da Alma, falando sobre o respeito das drogas, levando, encaminhando à Clínica da Alma! Lá tem cento e cinquenta e uma pessoas, fora a Chácara Feminina, que tem trinta mulheres. Então, eles

precisam do incentivo, como falou a Deputada! Ou seja, as máquinas, para fazer um *crochet*, eles precisam ter alguma coisa, algum recurso, para poder voltar a autoestima deles, e poder sobreviver, realmente, neste mundo que estamos vivendo, de total desastre que as drogas estão fazendo! Quero agradecer a todos, quero agradecer, e muito obrigado pela nossa presença aqui! Obrigado! (Palmas.)

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Obrigado! Fabiane. Na fala da Fabiane a gente encerra as intervenções.

**A SR.<sup>a</sup> FABIANE VICK** - Uma boa tarde! Bem, a princípio eu gostaria de parabenizar a iniciativa da comissão, em relação às conferências estaduais. Eu tive a oportunidade de estar com vocês em Brasília, no mês passado, numa audiência pública. Na verdade, é uma pergunta, mas eu acredito que com as considerações finais vocês vão ter a oportunidade de estar, no caso, respondendo, e é especificamente para o Doutor Fábio. Bem, eu sou psicóloga, responsável pelo Programa de Saúde Mental Indígena, aqui do Estado, e uma realidade que a gente encontra, hoje, cada vez com mais frequência, não só dentro da população indígena, mas também na população urbana, é a questão dos dependentes químicos, que em função da dependência química, ou seja, do uso precoce ou abusivo das drogas, desenvolveu algum quadro de transtorno afetivo, principalmente de personalidade. Então, é uma dificuldade muito grande porque esse tipo de demanda vem aumentando, realmente, vem surgindo, diariamente, e é uma dificuldade muito grande em relação ao tratamento para assistência, encaminhamentos. Então, o que eu queria saber dos senhores, especificamente, em relação ao seu trabalho na comunidade terapêutica: Se a comunidade terapêutica está preparada, também, para estar assistindo a esse usuário – no caso o dependente químico – que apresenta esse quadro de transtorno afetivo associado à dependência? E, também, lembrando que a gente está aguardando a resposta do Doutor Zelik, o Deputado Wanderlei fez uma pergunta ao Doutor Zelik, a respeito das equipes multidisciplinares, e a gente está aguardando a resposta também! Muito obrigada! (Palmas.)

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Olha, eu, disse que encerraria a sessão, mas vou pedir para o Doutor Fábio – Depois, Doutor Fábio, depois, o senhor encaminha para ela a resposta pessoal – e não sei se eu deixei para o Doutor Zelik, se na hora de responder, se o Doutor Zelik quiser só responder aqui a questão que está sendo gravado para algum questionamento do relator. E a gente encerra à resposta do Doutor Zelik, porque a gente precisa de cumprir um horário. Eu disse que já tinha assumido esse compromisso de terminar às dezoito horas. Então, ao questionamento, Doutora Fabiane, o Doutor Fábio dará a resposta depois, pessoalmente. E agradecer, também, já terminando, agradecer a todos vocês a audiência que foi muito boa, com sucesso; agradecer à Assembleia Legislativa, em nome dos Deputados, mas também em nome de toda a assessoria da Assembleia aqui; o pessoal do Cerimonial, eu quero agradecer mais uma vez, sempre prestativo, sempre coloca-se à disposição; a gente tem a oportunidade de reencontrar velhos amigos, pois estivemos aqui durante a nossa passagem aqui; aos Deputados que nos ajudaram aqui, aos Deputados Federais; a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta audiência fosse um sucesso absoluto! Doutor Zelik, só para terminar, porque está gravando, depois a gente passa a resposta para o... Já que houve um questionamento, e eu

peço desculpas porque eu não passei para o senhor dar a resposta ao Deputado relator.

**O SR. ZELIK TRAJBER** - Vou tentar ser curto e grosso! A pergunta: se o número de equipes eram suficientes. Não, não é suficiente! Há muito tempo a gente solicita condições de trabalho que nos permitam ampliar os profissionais que a gente tem em área, que não são suficientes; reajustar os valores das equipes, que também a gente não mexe nisso há dois anos, nem em número nem em valores! Então, a gente está vivendo um movimento de transição, de FUNASA para uma Secretaria Especial de Saúde Indígena. Toda mudança é traumática! Espero que o trauma não seja prolongado por muito tempo e que a gente consiga melhores condições, que é o que a gente pleiteava na criação de uma nova secretaria. E junto com isso, comentar o que a gente costuma chamar de um processo – já que a gente está falando em saúde mental – eu acho que a gente vive um processo, no nosso País, meio esquizofrênico. Uma coisa é o Brasil legal, outra coisa é o Brasil real. As leis são feitas bonitinhas, só que são generalizadas em todo o território nacional, e a gente padece muito disso. A gente sabe o que é ter que fazer um processo de licitação, uma região pequena, um município sem recursos, de fronteira muitas vezes, onde se levantar empresas cadastradas no SICAP, etc, etc... Ridículo! Então, existe! Então, uma coisa é o Brasil legal, outra coisa, é o fundão onde a gente trabalha no nosso dia a dia, e que não nos permite, pelo contrário, nos retiram a capacidade de trabalho dia a dia! Quero ser auditado! Não é isso! Eu quero que me deem condições para eu poder realizar o meu trabalho! Se quiser mais detalhes a gente prolonga duas horas! (Palmas.)

**O SR. PRESIDENTE** (Geraldo Resende) - Muito obrigado a todos, mais uma vez, agradecendo aos expositores, ao Doutor Fábio, ao Doutor Zelik, à Doutora Beatriz Dobashi, à Maria Beatriz, e ao Senhor Dorgival. Agradeço aos meus colegas Deputados Federais, e que possam, também, a partir de hoje, aproveitar esses poucos dias, alguns que vão ficar aqui, aproveitar das belezas do nosso querido Mato Grosso do Sul! E aqueles que amanhã tem a conferência, também tem audiência pública, lá em Corumbá, sobre drogas, comandado aí... Eu tenho certeza, vai ser um sucesso total, comandado pelo Deputado Henrique Mandetta. Meu muito obrigado, e a gente agradece a todos vocês que estiveram aqui na tarde hoje! (18h05min)

## ANEXO II

1



Estado do Paraná

PODER JUDICIÁRIO

Capanema, 25 de março de 2011.

Ofício nº 928/2011

(Observação: p/resposta - Fórum de Capanema/PR, Vara Criminal e Anexos, Capanema/Paraná, CEP 85.760-970, Tef. 46 - 5521272)

Senhor Deputado

Pelo presente, tenho a honra de dirigir-me a Vossa Excelência a fim de externar a minha inteira concordância com a CPI proposta em relação ao descontrole sobre o comércio e o consumo da bebida alcoólica no país.

Na verdade, a mais de uma década grito pela disciplina no comércio e no consumo da bebida alcoólica. Não tenho dúvida: o álcool ameaça a soberania do Estado brasileiro! Aliás, repasso singelo texto que demonstra a minha afirmação (doc. Anexo).

Assim, a instalação da CPI na Câmara dos Deputados marcará a retomada de discussão vital para nossa nação. A título de sugestão a CPI poderia:

a) ouvir representantes do AA e da Pastoral da Sobriedade;

b) ouvir representantes do Judiciário brasileiro (que observam diariamente as mazelas determinadas pelo descontrole do álcool);



Estado do Paraná  
PODER JUDICIÁRIO

c) discutir e explicitar o artigo 243 do ECA (hoje, infelizmente, a interpretação majoritária é que o referido artigo não abrange a bebida alcoólica);

d) discutir a proibição ou a restrição profunda da propaganda da bebida alcoólica nos meios de comunicação, especialmente, rádio e televisão; e,

e) excitar a União Federal e os Estados da federação a trabalhar em conjunto com os municípios brasileiros no sentido de "estimular" os mesmos a criar leis que disciplinam a bebida alcoólica (através de convênios e parcerias específicas).

Enfim, Excelência, a criação e a instalação da CPI da bebida alcoólica é fundamental para o Brasil. Em termos simples, pela primeira vez o Brasil vai discutir a droga que mais destrói vidas e famílias no nosso território, pela primeira vez o povo brasileiro vai perceber: que o álcool é a pior droga do Brasil! (segue adesivo em anexo).

Atenciosamente.

MARCIO GERON  
JUIZ DE DIREITO

Excelentíssimo Senhor  
Deputado Federal **VANDERLEI MACRIS**  
Câmara dos Deputados  
Brasília - DF

## PARANÁ

### DIREITO E JUSTIÇA – O ESTADO DO PARANÁ

#### ARTIGOS

16/03/2008 às 00:00:47 - Atualizado em 19/07/2008 às 16:43:05

# Um País em risco o álcool ameaça a nossa soberania

Jornalista Externo

---

A discussão a respeito da bebida alcoólica merece um novo direcionamento, ou seja, é preciso romper a superficialidade e alcançar o cerne do problema. Deste modo, os brasileiros devem pensar e responder: a liberalidade concedida ao álcool é benéfica a nossa nação?

Na verdade, a discussão não é aprofundada pelo medo da resposta. Por isso, há interesse em discutir o comércio e o consumo da bebida alcoólica de forma fatiada. Como exemplo: discuto álcool e trânsito. O que permite apresentar para sociedade desavisada alguns valores: liberdade individual de consumo e direito de comércio irrestrito (livre iniciativa, livre concorrência, etc).

Por óbvio, os defensores da liberalidade escamoteiam, na discussão parcial, uma conclusão científica: a bebida alcoólica é uma droga. Vale lembrar, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o alcoolismo como doença desde 1967.

Portanto, o que está em jogo, não é somente trânsito, não é somente violência doméstica ou escolar, mas, sobretudo, os efeitos do comércio e do consumo do álcool (droga) na vida do estado brasileiro. Uma resposta positiva a mencionada pergunta afasta a necessidade de intervenção (o álcool não afetaria o destino do Brasil). Agora, uma solução negativa, determina a ação dos Poderes da República e dos brasileiros na regulamentação da referida droga (não interessa os aspectos morais, religiosos e pessoais, pois o que importa é a preservação do nosso Estado).

Eu, particularmente, não tenho dúvida, o Brasil é um país ameaçado! Por duas e simples razões: primeira, grande parte da nossa população adulta já é dependente da bebida alcoólica; e segunda, existe um exército de jovens brasileiros escravizados pelo álcool.

Os dados científicos são pavorosos para o destino do nosso país, como exemplo:

I) 12,3% da população brasileira é dependente de álcool. Sem esquecer, que 74,6% da população brasileira tem contato com a bebida alcoólica durante a vida (II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas - 2005 - Senad); e,

II) 11,7% dos estudantes brasileiros consomem frequentemente bebida alcoólica. Além disso, 6,7% usam pesadamente a bebida alcoólica e 65,2% dos nossos estudantes tem algum contato com a bebida

alcoólica durante a vida (V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes - 2004 - Senad).

A pergunta que não quer calar é a seguinte: como “dependentes” e “escravizados” defenderão a nossa soberania? É claro, portanto, que nosso território e os demais interesses nacionais ficam prejudicados (o álcool atinge o sistema nervoso central - os danos passam do campo intelectual/individual para o setor social e produtivo - somos uma nação condenada à pobreza).

Por conseqüência, disciplinar o comércio e o uso do álcool é mandamento constitucional. Basta observar, o preâmbulo da Constituição Federal e o seu artigo 1.º, incisos I e III. Sem esquecer, da obrigação constitucional de proteger a família que é base da sociedade (artigos 226 e 227 da Constituição Federal).

Aliás, os danos provocados pelo álcool já são sentidos no seio familiar, são sintomas: o consumo precoce dos jovens (apesar da proibição legal o início ocorre em média aos 13,9 anos - conferir dados oficiais no I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira - 2007 - Senad); e a freqüência semelhante de uso entre meninas e meninos (a bebida atinge, agora, de forma deliberada às mulheres - que sempre foram o esteio das famílias brasileiras).

A falta de reflexão profunda impede, inclusive, o reconhecimento do álcool como droga indutora às drogas ilícitas. Os estudos sérios apontam o álcool e não maconha como porta de entrada das demais drogas (o álcool é a droga presente em 90% dos casos de dependência cruzada - álcool + outra ou outras drogas).

O álcool destrói o homem, acaba com sua dignidade, e esfacela as famílias. Reafirmo, portanto, a seguinte verdade: a própria segurança nacional é colocada em xeque pela penetração da bebida alcoólica na vida social brasileira.

Assim, disciplinar e regradar o comércio e o consumo do álcool é de interesse nacional.

Marcio Geron é juiz da Vara Criminal e Anexos da Comarca de Capanema/PR

**DROGAS, NÃO! QUERO VOCÊ FELIZ  
ADMITA: O ÁLCOOL É DROGA.**

POLÍCIA RODOVIÁRIA DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BELA VISTA DA CAROBA/PR  
CONSELHO DA COMUNIDADE E PODER JUDICIÁRIO DA COMARCA DE CAPANEMA/PR



Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior  
Gabinete do Ministro  
Assessoria Parlamentar  
Esplanada dos Ministérios – Bloco J  
70.056-900 – Brasília – DF  
Fone: 2109-7226 – www.desenvolvimento.gov.br

Ofício n.º 359 /GM-MDIC

Brasília, 1.º de junho de 2011.

A Sua Excelência o Senhor  
**Deputado Geraldo Resende**  
Presidente da Comissão Especial – Bebidas Alcoólicas  
Câmara dos Deputados  
Brasília – DF

Assunto: Comissão Especial – Bebidas Alcoólicas

Senhor Presidente,

Em atenção ao Ofício nº 10/11 - Pres., de Vossa Excelência, encaminhamos a Nota Técnica nº 169/DEORN/CGAG/2011, da Secretaria de Desenvolvimento da Produção, deste Ministério.

Atenciosamente,

**NEURI LUIZ MANTOVANI**  
Assessor Parlamentar

  
 1  
**MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO EXTERIOR**  
**SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO DA PRODUÇÃO**  
**DEPARTAMENTO DE INDÚSTRIAS INTENSIVAS EM MÃO DE OBRA E RECURSOS NATURAIS**  
**COORDENAÇÃO-GERAL DE AGRONEGÓCIOS**

Nota Técnica nº 169 /DEORN/CGAG/2011

**Elaboração:** Marcus Vinícius Gomes da Costa e Silva

**Data:** 30/05/2011.

**Para:** Gabinete do Ministro/Aspar.

**Referência:** Memorando nº 438 /GM.

**Assunto:** Solicitação de Nota Técnica sobre o Ofício nº 10/11-Pres.

**1 – Análise**

Trata-se de resposta ao Ofício nº 10/11-Pres., de 10.05.2011, que solicita, a este MDIC, "informações sobre índices de produção e consumo de bebidas alcoólicas, nos últimos cinco anos", além da indicação de um representante para a Comissão Especial – Bebidas Alcoólicas da Câmara dos Deputados.

**2 – Parecer**

O MDIC dispõe das estatísticas de exportação e de importação dos últimos cinco anos (em anexo). Por outro lado, não possui os dados de produção e de consumo internos, os quais são somente disponibilizados pelo Instituto de Pesquisa Nielsen (<http://br.nielsen.com>) e mediante pagamento. Devido às restrições orçamentárias para o exercício de 2011, este Ministério não dispõe de verba para obter estas informações.

Em relação à indicação de um interlocutor técnico do quadro deste MDIC para colaborar com o relatório da Comissão, sugerimos a Coordenadora Geral de Agronegócios Rita de Cássia Milagres Teixeira Vieira.

  
**Marcus Vinícius Gomes da Costa e Silva**  
 Analista de Comércio Exterior

De acordo. Em 30/05/2011.

  
**Rita de Cássia Milagres Teixeira Vieira**  
 Coordenadora Geral de Agronegócios

De acordo. Encaminhe-se à Secretária da SDP.

Em 30/05/2011.

  
**Marcos Otávio Bezerra Prates**  
 Diretor do DEORN

De acordo. Encaminhe-se ao GM.

Em 31/05/11.

  
**Heloísa Regina Guimarães Menezes**  
 Secretária da SDP

**ANEXO – NCMs de algumas bebidas alcoólicas do período 01/2006-12/2010–**  
 Fonte: Alice Web (<http://aliceweb.desenvolvimento.gov.br>)

**I – Uísque**

**I – NCM 22083010** – Uísques, vol. teor alcoólico > 50%, em recipientes com capacidade superior a 50 litros.

**Exportação –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	1.738.678	1.295.624	1.441.520	US\$ 1 por litro
01/2007 até 12/2007	4.281.582	2.118.921	2.246.571	US\$ 1 por litro
01/2008 até 12/2008	6.258.283	2.326.959	2.577.014	US\$ 2 por litro
01/2009 até 12/2009	4.359.252	1.486.785	1.644.734	US\$ 2 por litro
01/2010 até 12/2010	4.550.093	1.339.486	1.473.311	US\$ 3 por litro

**Importação –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	11.256.066	5.385.075	5.891.503	US\$ 1 por litro
01/2007 até 12/2007	20.912.113	6.376.758	6.630.454	US\$ 3 por litro
01/2008 até 12/2008	19.683.176	4.687.493	5.116.182	US\$ 3 por litro
01/2009 até 12/2009	25.201.279	6.131.285	6.689.670	US\$ 3 por litro
01/2010 até 12/2010	27.212.727	6.226.382	6.796.546	US\$ 4 por litro

**II – NCM 22083020** – Uísques, em embalagens de capacidade <= 2 litros.

**Exportação –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	666.197	503.074	524.699	US\$ 1 por litro
01/2007 até 12/2007	691.936	364.583	228.317	US\$ 3 por litro
01/2008 até 12/2008	1.407.503	374.750	331.737	US\$ 4 por litro
01/2009 até 12/2009	724.127	323.361	318.929	US\$ 2 por litro
01/2010 até 12/2010	912.765	275.610	263.029	US\$ 3 por litro

**Importação –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	11.256.066	5.385.075	5.891.503	US\$ 1 por litro
01/2007 até 12/2007	20.912.113	6.376.758	6.630.454	US\$ 3 por litro
01/2008 até 12/2008	19.683.176	4.687.493	5.116.182	US\$ 3 por litro
01/2009 até 12/2009	25.201.279	6.131.285	6.689.670	US\$ 3 por litro
01/2010 até 12/2010	27.212.727	6.226.382	6.796.546	US\$ 4 por litro

**III – NCM 220803090** – Outros uísques.

**Exportação –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	1.661.296	1.191.214	1.291.813	US\$ 1 por litro
01/2007 até 12/2007	1.897.084	1.447.136	1.580.671	US\$ 1 por litro
01/2008 até 12/2008	1.939.261	1.032.928	1.136.701	US\$ 1 por litro
01/2009 até 12/2009	746.383	388.819	429.094	US\$ 1 por litro
01/2010 até 12/2010	920	138	138	US\$ 6 por litro

**Importação –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	43.938	4.821	3.374	US\$ 13 por litro
01/2007 até 12/2007	12.458	1.738	1.418	US\$ 8 por litro
01/2008 até 12/2008	31.485	2.924	649	US\$ 48 por litro
01/2009 até 12/2009	5.002	948	995	US\$ 5 por litro
01/2010 até 12/2010	0	0	0	

**2 – Vodca – NCM 22086000 –****Exportações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	1.059.806	1.257.072	1.065.515	US\$ 0 por litro
01/2007 até 12/2007	2.036.676	2.061.001	2.527.785	US\$ 0 por litro
01/2008 até 12/2008	2.160.871	1.797.554	2.910.484	US\$ 0 por litro
01/2009 até 12/2009	1.536.630	1.180.536	994.124	US\$ 1 por litro
01/2010 até 12/2010	2.274.883	1.590.539	1.490.266	US\$ 1 por litro

**Importações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	4.429.811	1.176.331	1.115.639	US\$ 3 por litro
01/2007 até 12/2007	5.023.755	1.278.950	1.209.166	US\$ 4 por litro
01/2008 até 12/2008	8.604.815	3.264.910	1.789.113	US\$ 4 por litro
01/2009 até 12/2009	9.089.805	2.860.499	2.133.196	US\$ 4 por litro
01/2010 até 12/2010	10.936.243	4.506.730	3.033.654	US\$ 3 por litro

**3 – Gim – NCM 22085000****Exportações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	6.468	6.721	2.421	US\$ 2 por litro
01/2007 até 12/2007	4.641	4.320	4.464	US\$ 1 por litro
01/2008 até 12/2008	14.542	10.545	10.690	US\$ 1 por litro
01/2009 até 12/2009	1.582	722	665	US\$ 2 por litro
01/2010 até 12/2010	4.346	1.655	1.649	US\$ 2 por litro

**Importações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	314.177	71.901	67.858	US\$ 4 por litro
01/2007 até 12/2007	195.490	43.240	41.526	US\$ 4 por litro
01/2008 até 12/2008	108.796	27.858	26.554	US\$ 4 por litro
01/2009 até 12/2009	192.609	47.400	49.866	US\$ 3 por litro
01/2010 até 12/2010	271.642	57.917	61.253	US\$ 4 por litro

**4 – Licores – NCM 22087000 –****Exportações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	198.650	62.143	35.219	US\$ 5 por litro
01/2007 até 12/2007	120.732	37.668	22.414	US\$ 5 por litro
01/2008 até 12/2008	148.770	68.898	50.207	US\$ 2 por litro
01/2009 até 12/2009	43.725	25.089	21.034	US\$ 2 por litro
01/2010 até 12/2010	84.344	21.422	18.683	US\$ 4 por litro

**Importações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	5.717.231	1.230.367	1.033.667	US\$ 5 por litro
01/2007 até 12/2007	5.729.858	1.176.432	1.033.203	US\$ 5 por litro
01/2008 até 12/2008	4.786.142	944.225	875.315	US\$ 5 por litro
01/2009 até 12/2009	3.951.194	794.995	746.685	US\$ 5 por litro
01/2010 até 12/2010	4.989.934	923.699	904.957	US\$ 5 por litro

**5 – Sidra – NCM 22060010 –****Exportações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	311.059	306.634	304.277	US\$ 1 por litro
01/2007 até 12/2007	443.844	411.944	382.750	US\$ 1 por litro
01/2008 até 12/2008	597.070	472.040	410.726	US\$ 1 por litro
01/2009 até 12/2009	459.980	349.321	346.422	US\$ 1 por litro
01/2010 até 12/2010	1.897.171	753.440	671.148	US\$ 2 por litro

**Importações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	1.173	450	450	US\$ 2 por litro
01/2007 até 12/2007	41.163	45.450	45.450	US\$ 0 por litro
01/2008 até 12/2008	12.371	4.123	4.091	US\$ 3 por litro
01/2009 até 12/2009	33.332	36.814	36.814	US\$ 0 por litro
01/2010 até 12/2010	9.124	3.399	3.382	US\$ 2 por litro

**6 – Champagne – NCM 22041010 – Vinhos de uva fresca, tipo "champagne".****Exportações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	119.201	68.536	42.794	US\$ 2 por litro
01/2007 até 12/2007	95.110	31.153	17.657	US\$ 5 por litro
01/2008 até 12/2008	246.898	88.024	45.838	US\$ 5 por litro
01/2009 até 12/2009	112.185	36.416	20.148	US\$ 5 por litro
01/2010 até 12/2010	196.203	44.027	26.014	US\$ 7 por litro

**Importações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	14.717.371	2.351.207	2.281.527	US\$ 6 por litro
01/2007 até 12/2007	11.003.673	1.116.918	731.092	US\$ 15 por litro
01/2008 até 12/2008	11.431.479	1.344.998	1.009.882	US\$ 11 por litro
01/2009 até 12/2009	12.374.484	1.366.865	941.713	US\$ 13 por litro
01/2010 até 12/2010	17.233.839	1.766.741	1.211.288	US\$ 14 por litro

**7 – Cachaça – NCM 22084000 – Cachaça e caninha (rum e tafia).****Exportações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	14.415.033	11.789.048	11.322.568	US\$ 1 por litro
01/2007 até 12/2007	13.838.276	9.025.958	9.052.453	US\$ 1 por litro
01/2008 até 12/2008	16.418.978	11.298.577	11.092.088	US\$ 1 por litro
01/2009 até 12/2009	15.585.578	11.142.519	10.831.805	US\$ 1 por litro
01/2010 até 12/2010	15.954.447	10.609.102	10.441.107	US\$ 1 por litro

**Importações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	1.760.636	770.000	575.048	US\$ 3 por litro
01/2007 até 12/2007	944.149	375.654	302.633	US\$ 3 por litro
01/2008 até 12/2008	661.459	415.629	312.755	US\$ 2 por litro
01/2009 até 12/2009	166.576	80.284	78.616	US\$ 2 por litro
01/2010 até 12/2010	178.602	38.430	34.841	US\$ 5 por litro

**3 – Vermute –**

I – NCM 22051000 – Vermutes, outros vinhos uvas frescas aromatizadas, em recipientes <=2 litros.

**Exportações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	695.533	865.207	732.538	US\$ 0 por litro
01/2007 até 12/2007	775.869	853.387	579.960	US\$ 1 por litro
01/2008 até 12/2008	727.560	666.463	573.318	US\$ 1 por litro
01/2009 até 12/2009	873.184	568.416	533.279	US\$ 1 por litro
01/2010 até 12/2010	296.499	168.571	7.904.666	US\$ 0 por litro

**Importações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	31.013	21.410	12.252	US\$ 2 por litro
01/2007 até 12/2007	35.476	23.546	14.220	US\$ 2 por litro
01/2008 até 12/2008	84.923	25.579	19.128	US\$ 4 por litro
01/2009 até 12/2009	46.549	26.319	15.720	US\$ 2 por litro
01/2010 até 12/2010	42.064	21.408	14.352	US\$ 2 por litro

II – NCM 22059000 – Outros vermute e vinhos de frutas frescas aromatizadas.

**Exportações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	1.647	945	945	US\$ 1 por litro
01/2007 até 12/2007	1.124	619	619	US\$ 1 por litro
01/2008 até 12/2008	1.971	570	320	US\$ 6 por litro
01/2009 até 12/2009	910	599	442	US\$ 2 por litro
01/2010 até 12/2010	636	270	270	US\$ 2 por litro

**Importações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	11.862	2.925	2.925	US\$ 4 por litro
01/2007 até 12/2007	0	0	0	
01/2008 até 12/2008	5.250	1.125	1.125	US\$ 4 por litro
01/2009 até 12/2009	6.155	1.125	1.125	US\$ 5 por litro
01/2010 até 12/2010	0	0	0	

## 9 – Vinhos –

I – NCM 22041090 – Outros vinhos de uvas frescas, espumantes e espumosos.

## Exportações –

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	168.949	92.019	53.229	US\$ 3 por litro
01/2007 até 12/2007	98.280	20.231	15.388	US\$ 6 por litro
01/2008 até 12/2008	301.752	267.196	156.191	US\$ 1 por litro
01/2009 até 12/2009	234.366	53.565	48.399	US\$ 4 por litro
01/2010 até 12/2010	1.138.448	276.443	184.124	US\$ 6 por litro

## Importações –

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	6.697.062	2.224.112	2.133.603	US\$ 3 por litro
01/2007 até 12/2007	7.319.735	2.128.094	2.098.343	US\$ 3 por litro
01/2008 até 12/2008	8.712.697	2.157.072	2.136.627	US\$ 4 por litro
01/2009 até 12/2009	7.098.605	1.832.770	1.729.891	US\$ 4 por litro
01/2010 até 12/2010	10.727.273	2.547.512	2.383.838	US\$ 4 por litro

II – NCM 22042900 – Outros vinhos, mostos de uvas, ferm. imped. por adição alcoólica.

## Exportações –

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	495.737	801.858	724.540	US\$ 0 por litro
01/2007 até 12/2007	602.973	750.566	665.128	US\$ 0 por litro
01/2008 até 12/2008	2.172.153	6.164.916	6.151.889	US\$ 0 por litro
01/2009 até 12/2009	6.715.960	24.112.431	24.245.459	US\$ 0 por litro
01/2010 até 12/2010	0	0	0	

## Importações –

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	418.890	145.005	133.580	US\$ 3 por litro
01/2007 até 12/2007	582.989	224.228	211.209	US\$ 2 por litro
01/2008 até 12/2008	304.845	134.911	139.123	US\$ 2 por litro
01/2009 até 12/2009	299.475	163.121	163.002	US\$ 1 por litro
01/2010 até 12/2010	0	0	0	

III – NCM 22051000 – Vermutes, outros vinhos uvas frescas, aromatizadas, em recipientes com capacidade &lt;= 2 litros.

## Exportações –

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	695.533	865.207	732.538	US\$ 0 por litro
01/2007 até 12/2007	775.869	853.387	579.960	US\$ 1 por litro
01/2008 até 12/2008	727.560	666.463	573.318	US\$ 1 por litro
01/2009 até 12/2009	873.184	568.416	533.279	US\$ 1 por litro
01/2010 até 12/2010	296.499	168.571	7.904.666	US\$ 0 por litro

**Importações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	31.013	21.410	12.252	US\$ 2 por litro
01/2007 até 12/2007	35.476	23.546	14.220	US\$ 2 por litro
01/2008 até 12/2008	84.923	25.579	19.128	US\$ 4 por litro
01/2009 até 12/2009	46.549	26.319	15.720	US\$ 2 por litro
01/2010 até 12/2010	42.064	21.408	14.352	US\$ 2 por litro

**III – NCM 22042911 – Vinhos em recipientes de capacidade não superior a 5 litros.****Exportações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	0	0	0	0
01/2007 até 12/2007	0	0	0	0
01/2008 até 12/2008	0	0	0	0
01/2009 até 12/2009	56.212	70.650	60.922	US\$ 0 por litro
01/2010 até 12/2010	202.758	163.976	133.911	US\$ 1 por litro

**Importações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	0	0	0	0
01/2007 até 12/2007	0	0	0	0
01/2008 até 12/2008	0	0	0	0
01/2009 até 12/2009	107.851	53.998	54.037	US\$ 1 por litro
01/2010 até 12/2010	334.784	211.913	210.425	US\$ 1 por litro

**IV – NCM 22042919 – Outros vinhos em recipientes de capacidade superior a 5 litros.****Exportações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	0	0	0	0
01/2007 até 12/2007	0	0	0	0
01/2008 até 12/2008	0	0	0	0
01/2009 até 12/2009	779.688	2.818.983	2.835.356	US\$ 0 por litro
01/2010 até 12/2010	2.500.345	8.773.121	8.830.761	US\$ 0 por litro

**Importações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	0	0	0	0
01/2007 até 12/2007	0	0	0	0
01/2008 até 12/2008	0	0	0	0
01/2009 até 12/2009	72.811	29.315	29.318	US\$ 2 por litro
01/2010 até 12/2010	170.495	59.996	59.640	US\$ 2 por litro

V – NCM 22082000 – Aguardente de vinhos ou de bagaço de uvas.

**Exportações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	11.882	7.637	4.040	US\$ 2 por litro
01/2007 até 12/2007	0	0	0	0
01/2008 até 12/2008	26.420	7.210	6.077	US\$ 4 por litro
01/2009 até 12/2009	43.091	46.252	43.700	US\$ 0 por litro
01/2010 até 12/2010	8.009	1.083	1.106	US\$ 7 por litro

**Importações –**

Período	US\$ FOB	Peso Líquido(Kg)	Qtde	Preço Médio
01/2006 até 12/2006	1.239.588	119.806	115.655	US\$ 10 por litro
01/2007 até 12/2007	864.077	93.352	91.406	US\$ 9 por litro
01/2008 até 12/2008	546.240	63.668	61.735	US\$ 8 por litro
01/2009 até 12/2009	565.795	84.349	83.908	US\$ 6 por litro
01/2010 até 12/2010	716.488	99.579	98.649	US\$ 7 por litro

OBS: Não foram encontrados dados sobre:

I – brandy/conhaque;

II – bebidas alcoólicas do tipo ice.



Ofício nº 1298/2011/GS

Curitiba, 07 de junho de 2011.

Senhor Deputado,

Cumprimentando Vossa Excelência, reportamo-nos ao Ofício nº 38/11-Pres, o qual solicita informações sobre programas e eventuais projetos desenvolvidos e aplicados no tratamento, prevenção e controle do aumento do consumo de bebida alcoólica.

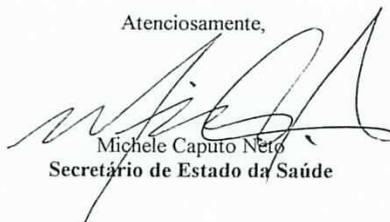
Com relação ao assunto, informamos que o Estado dispõe de serviços de Atenção à Saúde Mental para tratamento de usuários de álcool e outras drogas composta por: Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família – UBS/ESF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Ambulatórios em Saúde Mental, Hospital Dia, Leitos em Hospitais Gerais e Psiquiátricos. Nestes Estabelecimentos os usuários de álcool e outras drogas recebem tratamento psicoterápico e/ou medicamentoso de acordo com avaliação individual caso a caso.

Existem ainda serviços de apoio como Alcoólicos Anônimos – AA para o atendimento destes casos, porém, estes serviços não pertencem ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Quanto às ações de prevenção elas ocorrem sistematicamente com elaboração de materiais educativos e campanhas, além das ações específicas desenvolvidas em cada município.

Na oportunidade, renovamos expressões de estima e consideração.

Atenciosamente,



Michele Caputo Neto  
Secretário de Estado da Saúde

Excelentíssimo Senhor  
Deputado **GERALDO RESENDE**  
Câmara dos Deputados  
BRÁSÍLIA – DF

**GABINETE DO SECRETÁRIO**

Rua Piquiri, 170 – Rebouças – 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400 Fax: 3330-4407  
[www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br) - [gabinete@sesa.pr.gov.br](mailto:gabinete@sesa.pr.gov.br)

**ANEXO V**

**SUS**

Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE****GABINETE DO SECRETÁRIO***Gerência da Secretaria Geral*Rua SC1 nº. 299 – Parque Santa Cruz – CEP 74.860-270 – Goiânia – GO  
Fone: (62) 3201-3701/ 3796 - Fax: (62) 3201-3824

Ofício nº.3826/2011-GAB/SES

Goiânia, 08 de junho de 2011.

Ao Excelentíssimo Senhor  
**Geraldo Resende**  
Presidente da Câmara dos Deputados  
Comissão Especial – Bebida Alcoólicas  
Palácio do Congresso Nacional - Praça dos Três Poderes, sala 170-A, anexo II  
70.160-900 – BRASÍLIA – DF

Ref.: Ofício nº.31/11-Pres.

Senhor Presidente,

1. Ao cumprimentá-lo cordialmente, e em atenção ao expediente em epígrafe, enviamos, anexo, o Memorando nº.038/2011-GSM/SPAIS/SES, da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde, contendo informações concernentes ao pleito formulado por Vossa Excelência.
2. À oportunidade, reiteramos votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

**LORENA DAYRELL**  
Chefe de Gabinete/SES



SUS

Sistema Único de Saúde

SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE

**SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À  
SAÚDE**  
*GÊRENCIA DE SAÚDE MENTAL*

Memorando nº. 033/2011-GSM/SPAIS/SES

Goiânia, 06 de junho de 2011.

RET.4009/11

07/06/11

À Senhora Chefe de Gabinete  
**Lorena Dayrell**

Assunto: Resposta ao memorando nº. 3515/2011 – informações sobre programas

Senhora Chefe de Gabinete,

1. Em resposta à solicitação do Senhor Deputado Geraldo Resende sobre os programas e projetos desenvolvidos e aplicados no tratamento, prevenção e controle do aumento do consumo de bebida alcoólica, informamos que o Estado de Goiás conta hoje com uma frente de Serviços de Atenção à Saúde Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas composta da seguinte forma:

Descrição do Serviço	Quantidade	Municípios
Centros de Atenção Psicossocial Álcool AD – CAPS - AD	05	Anápolis (01) Goiânia (02) Trindade (01) Aparecida de Goiânia (01)
Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I (Autorizados a realizarem procedimentos de álcool e outras drogas, conforme a Portaria nº 384/2005)	13	Aragarças Catalão Goiás Inhumas Itumbiara Mineiros Niquelândia Padre Bernardo Palmelo Porangatu Quirinópolis São Miguel do Araguaia Piracanjuba
Pronto-Socorro	01	Pronto-Socorro Psiquiátrico Professor Wassily Chuc – Goiânia
Ambulatório de Psiquiatria	01	Goiânia
Consultório de Rua	03	Anápolis Goiânia Aparecida de Goiânia



SUS

Sistema Único de Saúde

SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À  
SAÚDE  
GÊRENCIA DE SAÚDE MENTAL

<p>Hospitais Psiquiátricos</p>	<p>10</p>	<p>Sanatório Espírita de Anápolis Hospital conveniado - Anápolis</p> <p>PAX Clínica Psiquiátrica Hospital conveniado - Aparecida de Goiânia</p> <p>Clínica de Repouso de Goiânia Hospital conveniado - Goiânia</p> <p>Clínica Isabela Hospital conveniado - Goiânia Clínica Jardim América Hospital conveniado - Goiânia</p> <p>Sanatório Espírita Eurípides Barsanulfo Hospital conveniado - Goiânia</p> <p>Sanatório Espírita Baturai Hospital conveniado - Goiânia</p> <p>Sociedade Beneficência Albergue São Vicente de Paulo de Jataí Hospital público - Jataí</p> <p>Associação Pro-Cáritas Hospital conveniado - Rio Verde</p> <p>Clínica Psiquiátrica Marat de Souza Pínel Hospital conveniado - Rio Verde</p>
--------------------------------	-----------	--



**SUS**

Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



**SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À  
SAÚDE**  
*GÊRENCIA DE SAÚDE MENTAL*

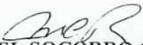
2. Em consonância com o movimento nacional de construção dos dispositivos e políticas de enfrentamento ao crack, álcool e outras drogas o Governo do Estado de Goiás, por meio do Decreto Governamental nº 7.139, instituiu em 30 de julho de 2010 o Comitê Gestor Interinstitucional de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas.

3. Com a Reforma Administrativa instituída pelo Decreto Governamental nº 7204 de 07 de janeiro de 2011, a Área Técnica da Saúde Mental do Estado de Goiás, deixou de ser uma coordenação e assumiu o status de Gerência, sendo nesse instante criada uma Coordenação específica para o enfrentamento de Crack, Álcool e Outras Drogas. Tal fato ressalta a importância que o Governo do Estado de Goiás vem dando a esta questão.

4. Desde então o cenário da Rede Estadual de Saúde Mental/Álcool e outras Drogas do Estado de Goiás tem se alterado significativamente, considerando que foram contemplados 22 projetos para implantação de novos dispositivos (Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Tipo III/CAPS AD III, Consultórios de Rua, Casas de Acolhimento Transitório/CAT, Serviços Hospitalares de Referência em Álcool e outras Drogas/SHR-ad, Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASF III e outras ações na Atenção Básica) e para qualificação da Rede (Escola para Formação de Supervisores Clínicos-Institucionais do Estado de Goiás, Escolas de Redutores de Danos, Centros de Referência em Dependência Química e Oficinas de Capacitação), todos visando o enfrentamento aos problemas de saúde relacionados à prevenção e ao tratamento do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas. Assim, estima-se que de 2011 para 2012 a Rede de Serviços de Saúde Mental no Estado de Goiás será de 49 dispositivos especializados em álcool e drogas.

5. Colocamo-nos a disposição para outras informações que poderão ser obtidas com a Gerência de Saúde Mental/SPAIS, por meio do telefone (62) 3201-4523, ou ainda pelo e-mail [smentalgo@hotmail.com](mailto:smentalgo@hotmail.com).

Atenciosamente,

  
**MABEL DEL SOCORRO C. DE RODRIGUEZ**  
Superintendente de Políticas de Atenção  
Integral a Saúde

  
**LUCIANA APARECIDA M. SANTANA**  
Gerente de Saúde Mental



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Gabinete do Ministro / Assessoria para Assuntos Parlamentares  
(61) 3412.2535(2536) - aap.df.gmf@fazenda.gov.br

Ofício nº 268 /AAP/GM-MF

Brasília, 9 de junho de 2011.

A Sua Excelência o(a) Senhor(a)  
Deputado(a) GERALDO RESENDE  
Câmara dos Deputados - Anexo IV - Gab. 905

Assunto: Requerimento da Comissão Especial para efetuar estudo sobre as causas e consequências do consumo abusivo do álcool entre cidadãos brasileiros.

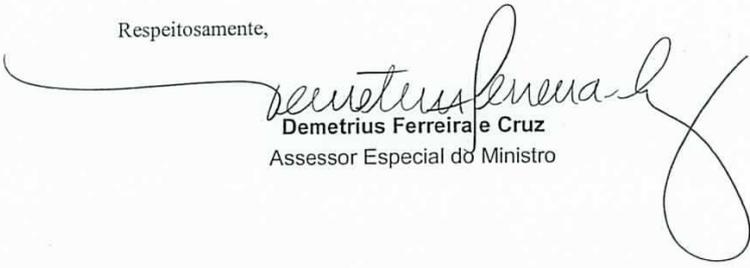
Documento: Of. N. 15

Data: 17/5/2011  
7419

Senhor(a) Deputado(a),

Referindo-nos à correspondência acima indicada, encaminhamos a Vossa Excelência, de ordem do Sr. Ministro, a documentação anexa, com os esclarecimentos pertinentes à matéria, prestados pelo(a) Superintendência de Seguros Privados.

Respeitosamente,

  
**Demetrius Ferreira e Cruz**  
Assessor Especial do Ministro

Anexo(s): Ofício n. 358/2011/SUSEP-GABIN, de 03/06/2011.



Ofício nº 358/2011/SUSEP-GABIN

Rio de Janeiro, 3 de junho de 2011.

A Sua Senhoria, o Senhor  
**DEMÉTRIO FERREIRA E CRUZ**  
 Assessor Especial do Ministro  
 Assessoria para Assuntos Parlamentares - Gabinete do Ministro  
 Esplanada dos Ministérios – Bloco P  
 CEP: 70048-900 – Brasília - DF

**Assunto: Requerimento da Comissão Especial para efetuar estudo sobre as causas e conseqüências do consumo abusivo do álcool entre cidadãos brasileiros.**  
**Autoria: GERALDO RESENDE**

Senhor Assessor Especial,

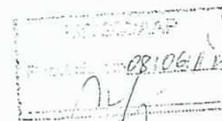
Reportamo-nos ao seu Ofício 819/AAP/GM-MF, de 20 de maio de 2011, e encaminhamos, em anexo, cópia do Parecer SUSEP/DIRAT/CGPRO/COPEP/DIPES Nº 276/2011, emitido pela Coordenação-Geral de Produtos – CGPRO, cujos termos são autoexplicativos.

Atenciosamente,

  
**MARCELLO TEIXEIRA BITTENCOURT**  
 Chefe de Gabinete

C/Anexo.

Sede  
 Avenida Presidente Vargas, 730 | Centro | Rio de Janeiro – RJ | CEP 20.071-900  
 Tel: (21) 3233-4000 | www.susep.gov.br



## SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP

FOLHA

04/11

## Informações e Despachos

NOME OU TÍTULO/ASSUNTO	NUMERO DO PROCESSO
INT: DEPUTADO GERALDO RESENDE	15414.300057/2011-82
ASS: REQUERIMENTO	de
	24/05/2011

PARECER SUSEP/DIRAT/CGPRO/COPEP/DIPES/No. 276/11

- Resposta ao Expediente N° 40-000294/2011.
- Análise e proposta de retorno ao GABIN.

Senhora Coordenadora da COPEP,

Trata-se de uma solicitação do Assessor Especial do Ministro da Fazenda, remetida a esta Superintendência de Seguros Privados, através do Ofício n.º 819/AAP/GM-MF, de 20/05/11, (recebido nesta divisão em 30/05/2011), que, por sua vez, encaminha o requerimento de autoria do Deputado Vanderlei Macris, para que sejam encaminhadas a Comissão Especial de estudo sobre as causas e conseqüências do consumo de álcool entre cidadãos brasileiros:

*"O montante de indenizações pagas pelas seguradoras privadas em conseqüência de acidentes motivados pelo consumo de bebida alcoólica, nos últimos cinco anos; dados estatísticos disponíveis sobre a quantidade de acidentes envolvendo o consumo de bebida alcoólica e atendidos pelas seguradoras; e, a indicação de um representante técnico para colaborar, como interlocutor, com a Relatoria dos trabalhos desta Comissão."*

Esclarecemos que a SUSEP não dispõe de estatísticas específicas por tipo de acidente.

Ressaltamos que a Circular SUSEP n° 360/08, que estabelece a estrutura dos arquivos de dados a serem encaminhados a SUSEP pelas Sociedades Seguradoras autorizadas a operar no País, não abrange registros referentes as causas que geraram os sinistros, em função da amplitude dos riscos que os segurados estão sujeitos, mas sim, a cobertura que foi utilizada para liquidar o sinistro.

Tendo em vista que esta Autarquia não dispõe da informação pleiteada, sugerimos ao interessado que o requerimento seja apreciado pela Federação Nacional de Previdência e Vida (FENAPREVI) ou pela Federação Nacional de Seguros Gerais (FENSEG).

À consideração superior, com proposta de retorno do feito ao GABIN.

DIPES, 31 de Maio de 2011.

ANDRÉ BATISTA RODRIGUES  
Chefe da DIPES

MARIANA AROZO BENICIO DE MELLO  
SUSEP/DIRAT/CGPRO/COPEP  
Coordenadora  
Matr. 1350011  
31/05/11

SONIA LABRAL  
SUSEP/DIRAT/CGPRO  
Coordenadora - Geral

ANEXO VII





Ministério da Saúde

OFÍCIO Nº. 1153/ASPAR/GM/MS

Brasília, 15 de junho de 2011.

A Sua Excelência o Senhor  
Deputado GERALDO RESENDE  
Presidente da Comissão Especial – Bebidas Alcoólicas  
Sala 170-A do Anexo II – Câmara dos Deputados  
Brasília - DF

**Assunto: Resposta ao Ofício nº 08/2011**

Senhor Deputado,

Em atenção ao Ofício nº 08, de 10 de maio de 2011, que “solicita informações sobre ações e programas do Governo Federal, desenvolvidos e aplicados no tratamento, prevenção e controle do aumento do consumo de bebida alcoólica, seus respectivos custos e investimentos nos últimos cinco anos e, a indicação de um representante técnico do Ministério da Saúde para colaborar, como interlocutor com a relatoria dos trabalhos da Comissão”, envio informações prestadas pela da Secretaria de Atenção à Saúde, deste Ministério.

Atenciosamente,

  
Edson Pereira de Oliveira  
Assessor Especial do Ministro

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

**URGENTE**

Em, 14 / 06 / 2011

REF.: Ofício nº 08, de 10.5.2011.  
SIPAR: 25000.080582/2011-91

INT.: DEPUTADO FEDERAL GERALDO RESENDE –  
PRESIDENTE DA COMISSÃO ESPECIAL – BEBIDAS  
ALCÓOLICAS.

ASS.: Solicita indicação de representante.

1. **RESTITUA-SE à Assessoria Parlamentar – ASPAR/GM/MS**, para adoção de providências junto à Câmara dos Deputados / Comissão Especial – Bebidas Alcólicas, com relação à indicação de MIRIAM DI GIOVANNI, Assessora da Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, desta Secretaria, para colaborar como interlocutora com a relatoria dos trabalhos da Comissão Especial.

2. Informo que a representante poderá ser contatada pelo e-mail: [miriam.giovanni@saude.gov.br](mailto:miriam.giovanni@saude.gov.br), telefone: 3315 9141.

  
HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR  
Secretário de Atenção à Saúde

VSV

C/C: DAPES/SAS/MS.



**URGENTE**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS  
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL

06/06/2011.

REF: Ofício nº 08, de 10 de maio de 2011

SIPAR nº 25000.080582/2011-91

INT.: Deputado Geraldo Resende

**ASS.: Pedido de envio de informações sobre ações e programas do Governo Federal, desenvolvidos e aplicados no tratamento, prevenção e controle do aumento do consumo de bebida alcoólica.**

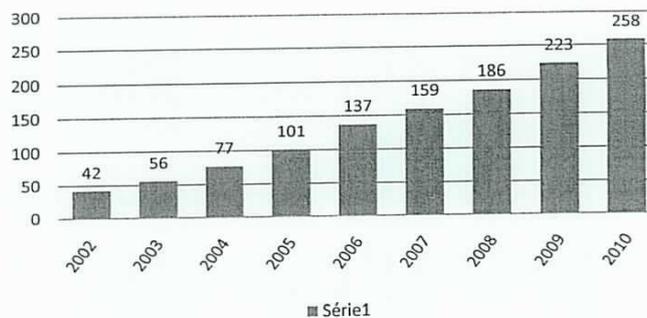
Trata-se de pedido de envio informações sobre ações e programas do Governo Federal, desenvolvidos e aplicados no tratamento, prevenção e controle do aumento do consumo de bebida alcoólica e indicação de um representante técnico do Ministério da Saúde para colaborar como interlocutor, com a relatoria dos trabalhos da comissão.

2. A Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS, de acordo com as questões levantadas pelo documento acima referido, informa o seguinte:

3. Os últimos 5 anos foram marcados pela expansão, ampliação do acesso, diversificação dos dispositivos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, e ainda por avanços importantes na política e na legislação. Também nestes anos ocorreram importantes discussões das políticas internacionais relacionadas ao consumo de drogas.

4. Ocorreu considerável investimento do Ministério da Saúde na expansão da cobertura dos Centros de Atenção Psicossociais Álcool e outras Drogas- CAPS AD, conforme pode ser verificado abaixo:

Nº de CAPS AD



5. Além dos CAPS AD, os demais tipos de CAPS (I, II, III, i) estão autorizados a realizar e cobrar procedimentos de álcool e outras drogas, sendo assim os 1650 CAPS existentes no Brasil, podem realizar atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Nos últimos cinco anos o investimento nestes dispositivos foi de aproximadamente R\$ 1.116.000.000,00.

6. A ampliação dos leitos existentes e implantação de novos Leitos para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas em Hospital Geral tem sido uma ação continuada no MS, até o final de 2010 contamos com 248 leitos habilitados como SHRAD – Serviço Hospitalar de Referência em álcool e outras Drogas em hospitais gerais e temos um número significativo em processo de habilitação, temos também 3.873 leitos em Hospital Geral que atendem procedimentos de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

7. O Ministério da Saúde instituiu o **Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas** (PEAD 2009-2101), em 2009, constituído de 04 grandes Eixos de trabalho voltados para o desenvolvimento de estratégias e ações de formação, prevenção, tratamento e reinserção social de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas).

8. Em razão do grave cenário epidemiológico do consumo de substâncias psicoativas, em especial o crack, em 2010, foi instituído o **Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas**, por meio do Decreto Presidencial de nº 7179, de 20 de maio de 2010, com diversas ações a serem realizadas por parte dos Ministérios envolvidos neste tema, inclusive o Ministério da Saúde, o qual conseguiu potencializar e fortalecer ainda mais a rede de atenção integral voltada para álcool e outras drogas.

9. Com base no disposto no Plano Crack, o Ministério da Saúde criou diversas iniciativas oferecidas para a adesão dos municípios interessados. Anexo a este documento estão novos dispositivos criados pelo Ministério da Saúde ou em parceria com outros Ministérios, com o objetivo de ampliar a cobertura dos serviços de saúde do SUS.

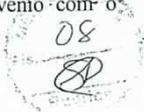
10. Importa enfatizar que, muitas das ações previstas no Plano Crack já vinham sendo desenvolvidas por meio do **Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas** (PEAD), proposto pelo Ministério da Saúde em 2009.

11. As ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde no âmbito destes planos demandaram diversas portarias, chamadas de seleção, editais, reuniões, oficinas e outros que resultaram nas seguintes ações:

- Criação do dispositivo de Consultórios de Rua implantação de 92 unidades com investimento de R\$ 13.800.000,00
- Criação de 67 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III – 24 horas com investimento de R\$ 7.850.000,00
- Cadastramento de 55 novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre CAPS I, II, III, CAPSi e CAPSad, valor R\$ 2.755.99,00
- Incentivo para a implantação de 112 novos CAPS, entre CAPS I, II, III, CAPSi e CAPSad R\$ 3.280.000,00
- Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF III) com ações prioritárias para álcool e outras drogas em pequenos municípios (menos de 20.000 habitantes)
- Implantação de ações de Redução de Danos, com 33 incentivos aprovados, totalizando R\$ 1.853.304,52
- Criação das Casas de Acolhimento Transitório (CAT: CAT I, CAT II e CAT i) implantação de 44 casas, no valor de R\$ 18.348.000,00



- Ampliação dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas (SHRAD), com criação de 248 leitos em hospitais gerais, com investimento de R\$ 1.898.400,00
  - Apoio a 985 leitos de comunidades terapêuticas selecionadas com um investimento de R\$ 9.456.000,00 (Edital e recursos financeiros SENAD, repasse feito pelo MS, que fará o monitoramento).
  - Implantação de 195 novos projetos de arte, cultura e renda na rede de álcool e outras drogas no valor de R\$ 1.510.000,00
  - Criação das Escolas de Redutores de Danos (ERD), com 58 ERDs apoiadas, com investimento de R\$ 5.700.000,00
  - Criação das Escolas de Supervisores ClínicoInstitucionais, com 15 Escolas implantadas, totalizando um investimento de R\$ 2.250.000,00
  - Criação do PET/Saúde Mental/ Plano Crack (Programa de Educação pelo Trabalho), com apoio a 80 grupos de pesquisa/extensão entre Universidades e CAPS e/ou NASF, envolvendo 80 professores, 240 profissionaispreceptores e 960 alunos, um investimento de R\$ 8.163.417,60 (edital SENAD/MS/MEC).
  - Apoio a 257 projetos de supervisão clínicoInstitucional para a rede de atenção psicossocial e de álcool e outras drogas no valor de R\$ 2.755.000,00
  - Implantação de 180 oficinas de qualificação para profissionais e familiares totalizando R\$ 7.200.000,00
  - Criação de 30 Centros de Referência Regional Para Formação em Álcool e outras Drogas e Saúde Mental, com investimento de R\$ 9.000.000,00 (recursos SENAD, edital SENAD/MS)
  - Criação da ação "Qualificação para pequenos municípios" (menos de 20.000 habitantes), por meio de repasses fundo a fundo, para ações emergenciais de matriciamento em saúde mental e consumo de drogas, no valor de R\$ 12.770.000,00, beneficiando 1.066 municípios.
  - Recursos financeiros para a aquisição de material permanente e equipamento para os CAPS de 1097 municípios, no valor de R\$ 15.115.000,00
  - Convênios com UFBA, UFRJ, FIOCRUZ e UNODC para realização de supervisão de Consultório de Rua, pesquisas e formação permanente, valor R\$ 7.728.321,48
  - 42 projetos aprovados em edital conjunto de pesquisa (Ministério da Saúde e Ministério da Ciência e Tecnologia) sobre o tema crack, envolvendo os seguintes subtemas: estudo do perfil do usuário, padrões de consumo, vulnerabilidade e modelos de intervenção e cuidados
12. A Redução de Danos tem se fortalecido como estratégia no âmbito do SUS. Além da ampliação do número de projetos, da incorporação no cotidiano dos CAPS, ocorreu a aproximação e construção conjunta dos programas que lidam diretamente com as estratégias de redução de danos no Ministério da Saúde (saúde mental, HIV/Aids/Hepatites). Como resultado desta iniciativa, realizou se em 2007 o I Seminário Integrado de Redução de Danos no SUS, juntamente com gestores estaduais/municipais e representantes do movimento social.
13. Em 2008 um edital conjunto da Coordenação de Saúde Mental, Programa Nacional de DST/Aids e do Programa Nacional de Hepatites Virais selecionou 24 projetos que estão em execução. Nestes projetos foram investidos o valor de R\$ 1.400.000,00.
14. Com o objetivo de qualificação e expansão das atividades de redução de danos no SUS, contribuindo com a formação dos profissionais de saúde que atendem a usuários de álcool e outras drogas no seu cotidiano, a Coordenação de Saúde Mental firmou convênio com o

08  


Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD/UNIFESP), com elaboração de uma cartilha sobre estratégias de redução de danos, publicada em 2008.

15. Focado no fortalecimento e ampliação das ações de redução de danos, foi ampliado o financiamento nos termos da Portaria GM 1.059/2005 para estas ações nos CAPSad, criado o dispositivo das Escolas de Redutores de Danos e o Comitê de Assessoramento às Políticas de Redução de Danos, e Comissão Consultiva das Escolas de Redução de Danos do SUS.

16. No ano de 2007 foi aprovada a Política Nacional sobre o Alcool (PNA), pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, através do Decreto nº 6.117. As ações que compõem a PNA originaram-se de debates com representantes governamentais e não governamentais, coordenados pelo Ministério da Saúde no âmbito do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), criado pelo Presidente da República em 2003. Esta Política dispõe sobre medidas de redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade.

17. Em relação às campanhas na mídia, uma das ações previstas na PNA, o Ministério da Saúde desenvolveu várias ações. Ainda em 2007, o Ministério da Saúde elaborou duas campanhas sobre o tema.

18. Em 2009, em conjunto com o DENATRAN e o Ministério das Cidades, foi lançada campanha pelo respeito às leis do trânsito. Algumas peças publicitárias tiveram a associação consumo de álcool e acidentes de trânsito como elemento principal.

19. Outro tema relacionado ao álcool que também foi priorizado pelo Ministério da Saúde em 2007 foi a discussão de nova regulamentação das propagandas de bebidas alcoólicas. Reconhecendo a necessidade de atualizar a regulamentação vigente, o Ministério da Saúde sugeriu proposta de alteração da Lei 9294/96, com o propósito de incluir as cervejas dentro das restrições previstas atualmente.

20. A proposta do Governo está expressa no PL 2733/08, elaborado pelo Ministério da Saúde, discutido com a SENAD e enviado pelo Presidente da República ao Congresso Nacional, que prevê a restrição da propaganda de bebidas alcoólicas que tenham mais que 0,5 grau de teor alcoólico.

21. O Ministério da Saúde teve uma importante e efetiva participação na construção da Lei 11.705, conhecida como "Lei Seca", que proibiu a venda de bebidas alcoólicas na zona rural das estradas federais e alterou o limite de alcoolemia permitido para os condutores de veículos.

22. No cenário internacional, houve intenso debate sobre as políticas gerais sobre drogas e mais especificamente sobre a direção das políticas de saúde relacionadas a este campo específico.

23. O MS tem participado das reuniões anuais da *Commission of Narcotic Drugs* (CND), órgão vinculado à UNODC (braço das Nações Unidas que lida com as questões de drogas e crime) e OMS.

24. Em 2008, o Brasil fez adesão ao Programa "Mental Health Gap Action Program", da Organização Mundial da Saúde, que prevê estratégias para a redução da lacuna assistencial entre a demanda e a oferta de serviços para atenção em saúde mental, álcool e outras drogas em todos os países do mundo, especialmente nos países em desenvolvimento.

24. Neste mesmo ano o Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) solicitou à OMS a elaboração de estratégia global para reduzir o consumo nocivo de álcool. O Brasil fez parte desta discussão e em maio de 2009 sediou, a convite da OMS, a Consulta Regional das Américas. A estratégia global foi aprovada em maio de 2010 na Assembléia Anual da OMS em Genebra.

25. O MS tem investido também no desenvolvimento profissional e na educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior do SUS, com a organização



implantação de diversas modalidades de cursos e estágios, entre eles estão as Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Residência Médica em Psiquiatria articuladas a Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, Programa de Qualificação dos CAPS, Programa de Educação pelo Trabalho PET Saúde/ Saúde Mental, Escola de Redução de Danos, Escola de Supervisores Clínico Institucionais,

26. Segue abaixo alguns link com maiores informações sobre ações de álcool e outras drogas.

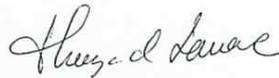
27. Em referência ao representante técnico do Ministério da Saúde para colaborar como interlocutor, com a relatoria dos trabalhos da comissão, indicamos a Assessora Técnica Miriam Di Giovanni ([miriam.giovanni@saude.gov.br](mailto:miriam.giovanni@saude.gov.br) – 61 3359141).

27. A Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde se coloca à disposição acerca de quaisquer esclarecimentos.

  
**ROBERTO TYKANORI KINOSHITA**  
 Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental  
 DAPES/SAS/MS

De acordo. Encaminha-se ao Gabinete da Secretaria de Atenção a Saúde, para conhecimento e providencias cabível.

**DÁRIO FREDERICO PASCHE**  
 Diretor do DAPES/SAS/MS



Anexos:

- Theresia de Lencastre Franco Netto*  
 Diretora de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS
- Decreto 7179/2010 – Plano Integrado de Enfrentamento do Álcool e outras Drogas (link: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm))
  - Portaria 2841/2010 – Criação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24 horas (link: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841\\_20\\_09\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841_20_09_2010.html))
  - Portaria 2842/2010 – Serviços Hospitalar de Referência para Álcool e outras Drogas (link: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2842\\_20\\_09\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2842_20_09_2010.html))
  - Edital 003/2010 – Criação de Casas de Acolhimento Transitório (link: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html))
  - Portaria 1190/2010 – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (link: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html))
  - III Chamada de Projetos de Consultório de Rua (link: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iiiichamadapcr.pdf>)
  - II Chamada de Escola de Redutores de Danos (link: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iichamadaerd\\_novo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iichamadaerd_novo.pdf))
  - Centros Regionais de Referência (link: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/Editais/328269.pdf>)



**ANEXO IX**



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

SESAU/GAB/OFÍCIO Nº. 1473/11

Boa Vista – RR, 04 de Julho de 2011.

A Sua Excelência o Senhor  
**DEPUTADO FEDERAL GERALDO RESENDE**  
Presidente da Comissão Especial – Bebidas Alcolólicas/Câmara dos Deputados - DF

Senhor Presidente,

Em resposta ao **Ofício nº45/11-Pres**, do dia 24 de maio do corrente ano, informo a Vossa Excelência que na nossa Rede Física de Unidade de Saúde, contamos com 01 CAPS AD, que desenvolve atividades sobre o álcool e drogas e no momento passa por um processo de reestruturação.

Atenciosamente,

**ALEXANDRE SALOMÃO DE OLIVEIRA**

Secretário Adjunto de Estado da Saúde-SESAU/RR



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GABINETE e-mail sauder@pop.com.br  
Rua Madri, nº 180 Bairro Aeroporto - Boa Vista -RR - Brasil - CEP 69.310-043  
Tels.:095 2121-0501 FAX: 095 2121-0502



GOVERNO DE RORAIMA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

SESAU/CGAE/MEMO Nº189/2011.

Boa Vista-RR, 01 de julho de 2011.

Ao Senhor  
Alexandre Salomão  
Secretário de Estado da Saúde/SESAU-RR

Em resposta ao OFÍCIO Nº 45/11 - Pres., em anexo,  
informamos no verso esclarecimentos do Departamento de  
Políticas de Saúde Mental/CGAE-SESAU.

Estamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

  
Ana Nery da Cunha Oliveira

Coordenadora Geral de Atenção Especializa/SESAU-RR



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
RUA MADRI, 180 - AEROPORTO, CEP: 69.310-043  
Tel/Fax: (0xx25) 2121-0519



1473  
CÂMARA DOS DEPUTADOS  
Comissão Especial – Bebidas Alcoólicas

Ofício nº 45/11- Pres.

26/05/11  
P/CGAR  
Vanderlei Macris  
Deputado Adjunto de Estado da Saúde/R  
Brasília, 24 de maio de 2011

A Sua Excelência o Senhor  
Dr. Antônio Locadia Vasconcelos Filho  
Secretário de Saúde do Estado de Roraima  
Assunto: Informações sobre programas no tratamento do consumo de bebida  
alcoólicas.

Senhor Secretário,

No dia 27 de abril foi instalada na Câmara dos Deputados a *Comissão Especial para efetuar estudo sobre as causas e consequências do consumo abusivo do álcool entre cidadãos brasileiros e, especialmente, as razões que determinam o aumento exponencial do consumo dessa substância nos últimos cinco anos – BEBIDAS ALCOÓLICAS.*

Tendo em vista tal objetivo e diante da necessidade de reunir informações sobre o assunto, foi aprovado requerimento de autoria do Deputado Vanderlei Macris, solicitando de Vossa Excelência informações sobre programas e eventuais projetos desenvolvidos e aplicados no tratamento, prevenção e controle do aumento do consumo de bebida alcoólica.

Contando com a colaboração de Vossa Excelência, antecipadamente agradeço.

Atenciosamente,

*Geraldo Resende*  
Deputado GERALDO RESENDE  
Presidente

Presidente: Deputado GERALDO RESENDE  
Relator: Deputado VANDERLEI MACRIS  
End.: sala 170-A do Anexo II da Câmara dos  
Deputados  
Secretária: Heloisa Pedrosa Diniz  
Tel: 3216 6201 e Fax: 3216 6225  
bebidasalcoolicas.decom@camara.gov.br

RECEBIDO
CGAE/SESAR
DATA: 26/05/11
HORA: 16h25
ASS: D. Vasconcelos

ANEXO X



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

OFÍCIO Nº 1192/2011/GBSES

Cuiabá-MT, 11 de julho de 2011.

Excelentíssimo Senhor  
**Deputado Federal GERALDO RESENDE**  
Presidente da Comissão Especial – Bebidas Alcoólicas  
Câmara dos Deputados – Praça dos Três Poderes  
BRASÍLIA-DF/

Senhor Presidente,

Apraz-nos cumprimentá-lo, acusamos o recebimento do Ofício Nº 33/11-Pres., solicitando informações concernentes a programas e eventuais projetos desenvolvidos e aplicados no tratamento, prevenção e controle do aumento do consumo de bebida alcoólica.

Assim sendo, passamos ao nobre Parlamentar, as informações abaixo advindas da Coordenadoria de Ações Programáticas Estratégicas desta Secretaria, referentes aos serviços existentes no Estado de Mato Grosso que prestam assistência às pessoas em uso e abuso de substâncias psicoativas:

SERVIÇOS	LOCALIZAÇÃO	TIPO DE ATENDIMENTO
25 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I	Cuiabá, Cáceres, Sinop, Sorriso, Lucas do Rio Verde, Rondonópolis, Barra do Bugres, Jaciara, Vila Rica, Confresa, Guarantã do Norte, Tangará da Serra, Peixoto de Azevedo, Colíder, Alta Floresta, Campo Verde, Diamantino, Guiratinga, Juara, Juina, Nova Xavantina, Poconé, Pontes e Lacerda, São José de Quatro Marcos, Primavera do Leste.	Atendem pessoas adultas com transtornos mentais e/ou em uso e abuso de substâncias psicoativas
01 CAPS AD – álcool e drogas Infanto-Juvenil	Cuiabá	Atende crianças e adolescentes em uso e abuso de substâncias psicoativas
04 CAPS AD ADULTO	Cuiabá, Barra do Garças, Rondonópolis, Várzea Grande	Atendem pessoas adultas em uso e abuso de substâncias psicoativas
04 CAPSi (Infanto-Juvenil)	Cuiabá, Várzea Grande, Cáceres e Rondonópolis	Atendem crianças e adolescente com transtornos mentais e/ou em uso e abuso de substâncias psicoativas
04 Ambulatórios	Cuiabá (Policlínicas do Verdão, do Coxipó, do CPA e do Planalto).	Atendem pessoas adultas e/ou adolescentes com transtornos mentais e/ou em uso e abuso de substâncias psicoativas



Centro Político Administrativo – CPA  
Rua D – Quadra 12 – Lote 02 – Bloco 05  
CEP 78.050-970, Cuiabá-MT  
Telefone: (65) 3613-5310 / 5458 Fax: (65) 3613-5318  
e-mail: gbses@ses.mt.gov.br





**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

01 ambulatório especializado em infância e adolescência	Cuiabá (Centro de Especialidades Médicas – CEM)	Atendem crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou em uso e abuso de substâncias psicoativas
Internação	Cuiabá (CIAPS Aduino Botelho – Unidade III, com 50 leitos) e Rondonópolis	Unidade de internação para desintoxicação de substâncias psicoativas
Pronto Atendimento	Cuiabá (CIAPS Aduino Botelho)	Unidade de Pronto Atendimento para pessoas adultas em surto psicótico e/ou agravos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas
02 Consultórios de Rua	Cuiabá e Várzea Grande	Unidade ambulante para ações específicas de Redução de Danos
33 Núcleos de Assistência à Saúde da Família 28 com profissionais de Saúde Mental	28 com profissionais de Saúde Mental: Carlinda, Nova Bandeirantes, Nova Monte Verde, Cuiabá, Guarantã do Norte, Alto Garças, Guiratinga, Pedra Preta, Primavera do Leste, N. S. Livramento, Canarana, Alta Floresta, Jaciara, Rondonópolis, Sorriso, Tabaporã, Barra do Garças, Barra do Bugre, Juína, Alto Araguaia, Poxoréu, Primavera do Leste	Equipes de apoio (matriciamento) à Saúde da Família. Tem função orientativa para a atenção primária.
02 CAPS AD III	Cuiabá	Unidades em processo de ampliação e implementação para atendimento às pessoas adultas, crianças e adolescentes em uso e abuso de substâncias psicoativas.

Colocamo-nos à disposição para os demais subsídios que julgar necessários, aproveitando da oportunidade, para enviarmos votos de elevada estima e distinta consideração.

Atenciosamente,

**PEDRO HENRY**  
Secretário de Estado de Saúde



Centro Político Administrativo – CPA  
Rua D – Quadra 12 – Lote 02 – Bloco 05  
CEP 78.050-970, Cuiabá-MT  
Telefone: (65) 3613-5310 / 5458 Fax: (65) 3613-5318  
e-mail: gbses@ses.mt.gov.br





ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETÁRIO

Avenida Prof. Carlos Cunha, s/n - Calhau - 65.076-820 - São Luís - Maranhão  
Telefone (98) 3218-8746/ 8749

Ofício nº 1818/2011/GAB/SES      São Luís - MA, 25 de julho de 2011.

A Sua Excelência o Senhor  
Geraldo Resende  
Presidente da Comissão Especial - Bebidas Alcoólicas  
Câmara dos Deputados  
Sala 170 - A do anexo II da Câmara dos Deputados  
Brasília/DF

Senhor Deputado,

Em atenção ao Ofício nº 32/11 - Pres. pelo qual V. Exa. solicita informações sobre programas e eventuais projetos desenvolvidos e aplicados no tratamento, prevenção e controle do aumento do consumo de bebida alcoólica esclarecemos:

1. Existem no Estado 06 (seis) CAPS ad (São Luís (2), Pedreiras, Timon, Imperatriz, Caxias) que funcionam conforme preconizado nas Portarias GM 33/2002 e 189/2002., sendo 01 de gestão estadual (São Luís). Estes funcionam de segunda a sexta das 08:00 às 17:00 horas, sendo que 05 deles estão com o projeto de serem transformados em CAPS ad III (24 horas)
2. Os CAPS tipo I habilitados pela Portaria 384/2005/SAS a prestarem assistência a usuários com problemas decorrentes do uso indevido de álcool e outras drogas, totalizam 34 serviços no Estado do Maranhão.
3. Além destes serviços comunitários existem cadastrados leitos de psiquiatria em hospitais gerais, diversas comunidades terapêuticas religiosas (São Luís, Coroatá e Pinheiro), grupos de alcoólicos anônimos e clínica particular (município de Raposa). Nos casos de urgência e emergência os usuários são atendidos no hospital psiquiátrico de gestão estadual localizado na capital do Estado.

Vale ressaltar que os serviços que ofertam tratamento não são específicos para usuários de álcool e sim para usuários com dependência química, independente da droga de uso.

4. No que tange a projetos de pesquisa e de qualificação da assistência estão em processo de desenvolvimento vários projetos aprovados a

*et.*





ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETÁRIO

Avenida Profº. Carlos Cunha, s/n - Calhau - 65.076-820 - São Luís - Maranhão  
Telefone (98) 3218-8746/ 8749

partir de Editais lançados pelo Ministério da Saúde, SENAD, MEC, entre outros. São eles: PET Saúde/Saúde Mental - Crack 2011 (UFMA - Grande São Luís), Consultório de Rua (CAPS ad - Imperatriz), Projeto de Redução de Danos (DASM/SAPS/SES - Imperatriz, São Luís e Pedreiras), Supervisão Clínica - institucional (CAPS ad- Imperatriz), Projeto de Inclusão Social pelo Trabalho (CAPS ad - Imperatriz), Centro Regional de Referência para Formação Permanente de Profissionais (UFMA - Grande São Luís).

Alguns destes projetos ainda não iniciaram a sua execução por falta de repasse do recurso federal ou estão aguardando o processo licitatório nas esferas estadual e municipal.

Atenciosamente,

Ricardo Murad  
Secretário de Estado da Saúde

EJ:



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Ofício nº073/2011

Recife, 27 de Julho de 2011.

Prezado Senhor,

Cumprimentando-o, venho através do presente atender as solicitações do ofício nº39/2011, datado de 24 de maio de 2011.

Pois, o tema abordado por Vossa Excelência no referido ofício, bem como, a instalação de uma comissão para efetuar estudo sobre a problemática presentes, é de fato relutar e parabenizamos pela preocupação e encaminhamentos tomados.

Por tais motivos pontuados no referido ofício, a Secretaria de Saúde, através da Gerencia Estadual de Atenção a Saúde Mental buscará ajudá-los no que for possível, de modo, a contribuir no enfrentamento desse problema instalado em nosso estado.

Segundo o relatório de 2011 da ONU, no mundo o consumo de álcool, maconha, cocaína e derivados está estabilizado. Porém, a OMS estima que 12% da população mundial apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O último levantamento realizado no Brasil sobre o consumo de drogas está temporalmente defasado, uma vez que foi realizado em 2005 pelo CEBRID. Atualmente temos a pesquisa da SENAD/FIOCRUZ realizando o levantamento de pontos de consumo e usuários de crack em todo país, entretanto o resultado desta pesquisa ainda em processamento, não foi disponibilizado.

Passando para a realidade local, podemos notar, a partir do relato dos gestores municipais, o aumento do número de usuários de cocaína/crack entrando nos serviços, inclusive superando, em alguns locais, o número de atendimento aos usuários de álcool, que historicamente demandavam mais vagas dos serviços. Este é um dado que exige do poder público novas estratégias de intervenção, pois há especificidades de tratamento de acordo com a substância.

Contudo, é importante ressaltar que a problematização do fenômeno não pode ser restringida à droga em si, mas, compreendida no contexto psicossocial dos usuários, requerendo ações de prevenção e cuidados desde o acolhimento, proteção, tratamento e reinserção social.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Neste sentido, o governo do estado de Pernambuco de forma pioneira lançou um plano de ações integradas de enfrentamentos aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas numa perspectiva intersetorial. Concomitantemente foi criada em 2010 a Rede Estadual de Enfrentamento as Drogas, composta por 11 Secretarias e diversas entidades da sociedade civil.

Para conhecimento dos serviços disponíveis a população enviamos em anexo a relação destes.

Colocamo-nos desde já à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente

Marcela Adriana da Silva Lucena  
Gerente de Atenção à Saúde Mental

  
Ester de Oliveira Correia  
Psicóloga Sanitarista / GASAM

Exmo. Senhor  
**Deputado Geraldo Resende**  
**Câmara dos Deputados**  
Pavimento superior do Anexo II Sala 170-A /Brasília/DF  
CEP: 70160-900

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, Bongi Recife-PE CEP. 50751-530  
Fones: 3184-0582 /3184-0581  
e-mail: [gasam.saude@hotmail.com](mailto:gasam.saude@hotmail.com)

**‘REDE DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO ESTADO 2011**

1

GERES	NOME DA UNIDADE	LOCAL	ENDEREÇO	FONE
I	CAPS AD- Prof. Luiz Cerqueira -Casa Meio do Caminho-Albergue Terapêutico	Recife/DS I	Rua Álvares de Azevedo, 80 – Santo Amaro,	3355- 1516/ 3232-1519 3355-4262
I	CAPS II – Boa Vista	Recife/DS I	Rua General Jose Semeão, 146. Boa Vista,	3355 4779 / 4778
I	Policlínica Beira Uchoa – SPA	Moreno	Rua Prof. Antonio Lemos, 1947 –N.S. de Fátima	4114-0247 – 3535-3445
I	CAPS II – José Carlos Souto (a partir de 15 anos) –	Recife/DS II	Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 235 – Torreão,	3355-4300/4301
I	CAPS I - Zaido Rocha	Recife/DS II	Rua Castro Alves, 143 - Encruzilhada,	3355-4304
I	CAPS AD – Estação Vicente Araújo	Recife/DS II	Rua Augusto Rodrigues, 165 – Torreão,	3355-4252/4253
I	CAPS II – Esperança –	Recife/DS III	Rua José Cavalcilha, 415 – Tamarineira	3355-4209/4252
I	CAPS AD 24hs – CPTRA – Centro Prev. Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo	Recife/DS III	Rua Rosa e Silva, 2130 – Tamarineira,	3355-4324/4325
I	CAPS II – Espaço Azul	Recife/DS III	Av. Norte, 5035 – Rosarinho,	33554280/32324485
I	CAPS II – Espaço Vida (a Partir de 15 anos)	Recife/DS IV	Rua Ambrósio Machado, 280 – Iputinga,	3355-4288/4289
I	CAPS AD – CECRH – Centro Eulámpio Cordeiro de Recuperação Humana	Recife/DS IV	Rua Rondônia, 100 – Cordeiro	3355-4314/4315
I	CAPS II – Professor Galdino Loreto	Recife/DS V	Rua Emilia Torreão, 135 – Afogados,	3355-4297
I	CAPS AD e Casa do Meio do Caminho – Albergue Terapêutico – Prof. René Ribeiro.	Recife/DS V	Rua Jacira, 210 – Afogados,	3355-3346
I	CAPS I – CEMPI - Centro Médico Psicopedagógico Infantil	Recife/DS V	Av. São Paulo, 677 – Jardim São Paulo,	3355-4268
I	CAPS I - Cléia Lacet	Recife/DS V	Rua Emilio Torreão, 145 – Afogados,	3355-4272/4273
I	CAPS III – 24hs Espaço Davi Capistrano	Recife/DS VI	Rua Virgíneo Heráclito, S/Nº - IPSEP	3355-4276/4277
I	CAPS AD – Professor José Lucena	Recife/DS VI	Rua Itajaj, 418 – Imbiribeira	3232-3388/3389
I	CAPS II Espaço Livramento	Recife/DS VI	Rua Nelson Hungria, 36 – Boa Viegem	3355-4284/4285
I	CAPS AD Dr. Antonio Carlos Escobar	Olinda	Rua Jardim Fragoso, S/N – Jardim Fragoso,	9654.3491
I	CAPS II Nise da Silveira	Olinda	Rua 38, S/N – IV Etapa/ Rio Doce	34927619
I	CAPS AD Maria Eliane Aguiar	Paulista	Av. Dr. Rodolfo Aureliano, 798 - Vila Torres Galvão,	3433-0495
I	CAPS III Tereza Noronha	Paulista	Av. Beira Mar, 3409 – Janga	34363149
I	CAPS II Abreu e Lima	Abreu e Lima	Rua do Cavaleiro, 04 – Centro	3541.1370
I	CAPS I Casa da Criança	Abreu e Lima	Rua Ulisses Pernambucano, 08, Centro	
I	CAPS I - Camaramirim	Camaragibe	Rua Maria Aparecida de Barros, 40 Timbi	2129-9566
I	CAPS II Casa da Primavera	Camaragibe	Av. Ercina Lapenda, 349 – Timbi	3484.2149
I	CAPS AD Campo Verde	Camaragibe	Rua Candelária SN – Santa Maria/Santa Terezinha	3484-3382
I	CAPS II Correia Picanço	Goiana	Rua José Teobaldo Machado 114 – Centro	3636 177/0416

I	CAPS II Saber Viver	Igarassu	Rua Sta. Helena 04 – Cruz de Rebouças						3545 1703
I	CAPS II Solar dos Guararapes	Jaboatão	Rua Emiliano Ribeiro, 280 – Prazeres-gerente Reginaldo						33425211
I	CAPS AD Recanto dos Guararapes	Jaboatão	Rua Comendador José Didier, 477 Prazeres						3462 0523
I	CAPS AD Pastor Armando José da Silva	Cabo Sto Agostinho	Av. Historiador Pereira da Costa, 736 – Centro						3521.6628
I	CAPS II Estação Cidadania	Cabo Sto Agostinho	Rua Jose Lins Teles, 99 - Vila Social						3521.6672
I	CAPS I – Ciranda da Vida	Cabo Sto Agostinho	Rua 4, nº 54, Lot. Ilha/ Ponte dos Carvalhos						3522.2718
II	CAPS I – Antonio Batista Carneiro	Chã Grande	Rua Dom Luiz, 129.- Centro						3537.1941
II	CAPS I – Aconchego	Gloria do Goltá	Pça. Lindaura Borba de Holanda, 48 - Centro						SMS 3658 1279
II	CAPS I - Viver Bem	Itambé	Rua 15 de Novembro, 09 – Centro						
II	CAPS I – Flor da Pedra	Lagoa do Carro	Rua Natanael Joaquim da Paz,65 Jarcim Soledade						(81) 36218076
II	CAPS II – Flor da Mata	Lagoa de Itaenga	Rua 21 de Abril, 46 – Vila Boa Esperança						3653 1156
II	CAPS I – David Salviano Albuquerque	Paudalho	Rua Praça do Rosário 25 Centro						
II	CAPS I – Josildo Rufino	Surubim	Av. Oscar Lourenço, 66 – Cabaceira						3638.1584
III	CAPS I - Palmares	Vicência	R. Josefa G. de Araújo, S/N – Lot. João R. Maranhão						3641.1324
IV	CAPS II – Crescendo com Dignidade	Palmares	Rua Laboratorista Manoel Leite, 501 – Santa Rosa.						9966-1384 (Coord.)
IV	CAPS I João Cândido de Menezes	Caruaru	Rua Rio Formoso, S/Nº - Boa Vista II						3701-1387
V	CAPS I Conviver com a Diferença	Cupira	Av Miguel Pereira Neto, 906 – Novo Horizonte						
V	CAPS II – CAPS das FLORES	Águas Belas	Trav. Amazonas S/N - Centro						
V		Garanhuns	Av. Santa Rosa, 655 - Heliópolis						87-3761-3059
			Charles 87-8853-3950						87-9966-7624
									87-8779-6468
VI	CAPS I – Espaço Azul	Pedra	Rua João Galindo, 51 – Centro						(87) 3858.1289
VI	CAPS I – Espaço Renascer	Aroverde	Rua Mario Melo, 306 - Centro						(87) 38224077
VI	CAPS I – Odêná Tenório de Almeida	Buique	Rua São João, 194 – Centro						
VI	CAPS I – Oficina de Saúde	Ibimirim	Rua Manoel Francisco de Souza, 114 – Centro						(87) 3842.1716
VI	CAPS I – Nova Mente	Petrolândia	Rua Dom Pedro II, S/N Qd. CS - Centro						(87) 3851 1287
VII	CAPS I – Paulo Delgado	Sertânia	Rua Prof Ubirajara Chaves, 203 – Alto da Conceição						(87) 3841 0706
VII	CAPS I – Buenos Novais Miranda	Serraia	Rua Mavíael da França Sampaio, 364 – Lot. Zé Pedro						(87) 3882.1122
VII	CAPS I – "Raega Tristeza"	Salgueiro	Rua São Vicente, 109 – Centro						(87) 3871.7084
VIII	CAPS I Luiz de Joana	Cabrobó	Av Conrado Ferraz S/N - Centro						
VIII	CAPS I – Zefa Cambão	Sta Mª . Boa Vista	Rua João Paulo II, 211 – Senador Paulo Guerra,						(87)3869-1156 /231
VIII	CAPS AD - Petrolina	Petrolina	Rua Símpatia,229 – Centro						(87) 3862.9296
VIII	CAPS II – André do Cavaquinho	Petrolina	Rua do Amarelo, 80 – Caminho do Sol						(87)3861-7922
IX	CAPS I -	Araripina	Rua Cel. Antonio Modesto, 69 – Centro						(87) 3873-4002
IX	CAPS I - Bodocó	Bodocó	Rua Antonio Calado de Souza, 273, Centro						(87)3878.1142
IX	CAPS I – José C. Silva "Pé nos Peito"	Ouricuri	Rua Joaquim Figueiredo, 221. Beberibe						(87)3874.2339
IX	CAPS I -	Trindade	Rua da Alegria S/N – Vila Saraiva						
IX	CAPS I – Dom Heider Câmara	Ipubi	Av. Raimundo Silva, s/n, Jardim Rocha						

XI	CAPS I – Luiz Jardim de Sá	Floração	Rua/Praça Antonio Ferraz, 134- Centro	(87) 3877.1156
XI	CAPS I – São José do Belmonte	S. Jose Belmonte	Rua Santa Gertrudes, 12 – Lot. Manoel Pires de Carvalho	(87) 3884.1156

3

### SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

GERES	NOME DA UNIDADE	MUNICÍPIO
I	Residência Terapêutica do CAPS José Carlos Souto (Feminina)	Recife
I	Residência Terapêutica do CAPD José Carlos Souto (Masculina)	Recife
I	Residência Terapêutica Mista 1	Recife
I	Residência Terapêutica Mista 2	Recife
I	Residência Terapêutica do CAPS Esperança (feminina)	Recife
I	Residência Terapêutica do CAPS Esperança (masculina)	Recife
I	Residência Terapêutica do CAPS Espaço Vida (feminina)	Recife
I	Residência Terapêutica do CAPS Espaço Vida (Masculino)	Recife
I	Residência Terapêutica do CAPS Galdino Loreto (feminina)	Recife
I	Residência Terapêutica do CAPS Galdino Loreto (mista)	Recife
I	Residência Terapêutica do CAPS Galdino Loreto (masculina)	Recife
I	Residência Terapêutica do CAPS David Capistrano (masculina)	Recife
I	Residência Terapêutica do CAPS David Capistrano (feminina)	Recife
I	Residência Terapêutica	Olinda
I	Residência Terapêutica	Paulista
I	Residência Terapêutica	Paulista
I	Residência Terapêutica	Paulista
I	Residência Terapêutica	Cabo de Santo Agostinho
I	Residência Terapêutica	Camaragibe
I	Residência Terapêutica	Abreu e Lima
II	Residência Terapêutica	Chã Grande
V	Residência Terapêutica	Timbaúba
VI	Residência Terapêutica	Águas Belas
		Ibimirim

4

## LEITOS PSIQUIÁTRICOS EM HOSPITAIS GERAIS

GERES	NOME DA UNIDADE	Leitos	LOCAL	ENDEREÇO	FONE
I	Hospital Geral Otávio de Freitas	30	Recife	R. Aprígio Guimarães, S/N. Tejipio	(81) 3252.8500
I	Hospital das Clínicas da UPFE	10	Recife	Av. Prof. Moraes Rego, S/N. Cid. Universitária	(81) 2126.3633/3533
II	Unidade Mista Simeão Ribeiro de Lemos	02	Lag. do Carro	Rua Maria Luiza, n. 20, Recanto Carpina	36218575
VI	Unidade Hospitalar Justino Alves Bezerra	02	Pedra	Praça José Firmo Cavalcanti, 80, Pedra	38581200
IV	Unidade Mista Marcos Ferreira D'Ávila	02	Ibiririm	Av. Manoel Vicente, S/N. Centro,	(87) 3842.1165
VII	Hospital Geral Imaculada Conceição	03	Serrita	Praça Cel. Chico Romão, S/N. Centro	(87) 3882.1122/1115
IX		02	Trindade	OBS: Leitos confirmados em 07.02.2011	
TOTAL		51			

## LEITOS INTEGRAIS – HOSPITAIS HABILITADOS EM SAÚDE MENTAL

GERES	MUNICIPIOS	HOSPITAIS	Nº CNPJ	Nº CNES	Nº LEITOS
I	Paulista	Hospital Geral da Mirueira (Sanatório Padre Antonio Manoel)	097949750037-14	2349213	30
	Recife	Hospital Geral de Areias	097949750222-63	2711974	04
	Recife	Hospital Correia Picanço	097949750022-38	0000981	02
	Vitória Sº Antão	Hospital João Muirilo	097949750206-43	2712008	04
	Goiana	Hospital Belarmino Correia	097949750013-47	2711885	04
	Limoeiro	Hospital Regional Jose Fernandes Salsa	097949750054-15	2712032	06
V	Garanhuns	Hospital Regional Dom Moura	097949750112-29	2702983	05
VII	Salgueiro	Hospital Regional Inácio de Sá	097949750229-30	2356287	10
IX	Ourocuri	Hospital Regional Fernando Bezerra	097949750166-11	2712040	03
X	Afogados da Ingazeira	Hospital Regional Emilia Câmara	097949750133-53	2428385	04
Total					72

## CONSOLIDADO ATUAL – JANEIRO 2011

CAPS	Leitos Transt. Psíqu.	Leitos Desintoxicação	Serviços Resid. Terap.
65	51	72	29

### Hospitais Psiquiátricos

GERES	NOME DA UNIDADE	Leitos	Nat. Jury	LOCAL	ENDEREÇO	FONE
I	Hospital Ulysses Pernambucano	160	Pub. Est.	Recife	Av. Rosa e Silva, 2130 – Tamarineira, Recife. CEP: 52050-020	3182.9906
I	Instituto de Psiquiatria do Recife Diretor Gilvandro Macena Lira	273	Privado	Recife	Av. Conde da Boa Vista, 1509 – Boa Vista, Recife. CEP: 50060-003	3421.5455 3414.8585
I	Sanatório Recife	160	Privado	Recife	Rua Padre Inglês, 257 – Boa Vista, Recife. CEP: 50050-230	3222.4796
I	Hospital Psiquiátrico de Pernambuco Diretor Marcio José Cordeiro	360	Privado	Recife	Rua Antonio Falcão, 798 – Boa Viagem, Recife. CEP: 51020-240	3466.3485/3467.5915
I	Clinica Psiquiátrica Santo Antonio (masculino)	160	Privado	Recife	Rua Benfica, 1059 – Madalena, Recife. CEP: 50720-001	3227.1009/3227.2908
I	Clinica Psiquiátrica Santo Antonio (feminina)	104	Privado	Recife	Estrada dos Remédios, 1360 – Afogados, Recife. CEP: 50750-000	3227.0100
I	Sanatório Psiquiátrico de Recuperação Ltda	148	Privado	Olinda	Av. Joaquim Nabuco, 1450 – Guadalupe, Olinda. CEP: 53370-280	3429.3462
I	Hospital Colônia Prof. Alcides Codeceira	120	Pub. Est.	Igarassú	Av. Barão de Vera Cruz, S/N (BR 101) – Cruz de Rebouças, Igarassú. CEP: 53620-000	3543.0120/ 3545.1868
I	Clinica Psic. Nossa Senhora das Graças	160	Privado	Camaragibe	Estrada de Aldeia, Km 5,5 – Aldeia, Camaragibe. CEP: 54792-000	3459.1370/3459.1232
III	Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos	120	Pub. Est.	Barreiros	Antigo Engenho Barreiros Velho, S/N – Barreiros. CEP: 55560-000	3675.1068/3675.1778
IV	Clinica Psiquiátrica de Caruaru Diretor Rodolfo Veloso de Araujo	100	Privado	Caruaru	Av. Cleto Campelo, 11 – Centro, Caruaru. CEP: 55002-410	3721.2128
V	Hospital da Providência	101	Privado	Garanhuns	Praça Tavares Correia, 70 – Heliópolis, Garanhuns. CEP: 55297-040	(87) 3761.2669/3761.2605
XI	Clinica Psiquiátrica São Vicente	160	Privado	Serra Talhada	Rua do Cruzeiro, 462 – Borborema, Serra Talhada. CEP: 56906	(87) 3831.2398/3831.2176



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Gabinete do Ministro  
Assessoria de Assuntos Parlamentares  
Esplanada dos Ministérios Bloco T Ed. Sede – 4º andar - sala 408  
70064-900 – Brasília – DF.  
2025-3723 / 3527/ Fax: 2025-3342 – aspar@mj.gov.br

**URGENTE**Ofício nº 607/11 –**ASPAR/MJ**

Brasília, 17 de agosto de 2011.

A Sua Excelência o Senhor  
**Deputado GERALDO RESENDE**  
Presidente da Comissão Especial – Bebidas Alcoólicas  
Anexo II sala 170-A da Câmara dos Deputados  
70160-900 – Brasília – DF

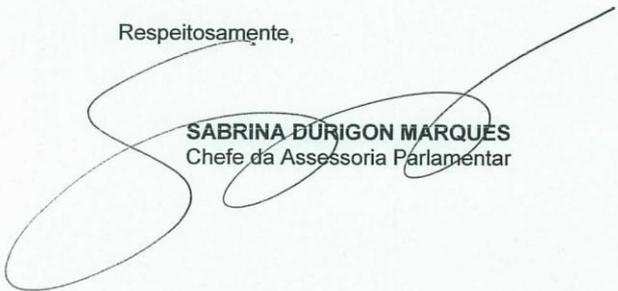
**Assunto:** dados sobre acidentes em rodovias federais e colaboração de representante na Comissão Especial.

Senhor Presidente,

Cumprimento-cordialmente, e em atenção aos Ofícios nº 07 e 95/11, pelos quais Vossa Excelência solicita dados sobre acidentes nas rodovias federais envolvendo pessoas alcoolizadas nos últimos cinco anos, como também, a indicação de um representante técnico para colaborar, como interlocutor, com a relatoria dos trabalhos dessa Comissão, incumbiu-me o Senhor Ministro de Estado da Justiça de encaminhar as informações que nos foram repassadas pelo Departamento de Polícia Rodoviária Federal.

Coloco esta Assessoria à disposição e renovo protestos de estima e consideração.

Respeitosamente,



**SABRINA DÚRIGON MARQUES**  
Chefe da Assessoria Parlamentar

OF/IVANE



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Direção Geral

CGMA/CD/DICOM  
Protocolo Geral MJ



08000.006033/2011-36

OK

Memorando nº 51 /2011/DG

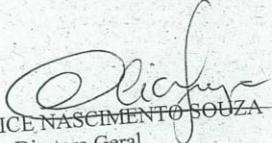
Brasília/DF, 25 de maio de 2011.

Ao Senhor Chefe da Assessoria Parlamentar do Ministério da Justiça.

Assunto: Presta informações (referente ao Memorando nº 459/11-ASPAR/GM, de 20 de maio de 2011).

01. Em atenção ao documento supramencionado, informamos a Vossa Senhoria que este Departamento o encaminhou para manifestação da Coordenação Geral de Operações – CGO/DPRF, vez que as informações solicitadas são de competência da referida área.
02. Com relação à demanda apresentada, o Senhor Coordenador Geral lavrou o Memorando nº 035/2011-DPO, cópia anexa, cujo teor convalidamos em sua totalidade.
03. Limitados ao exposto, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos que porventura se façam necessários.

Atenciosamente,

  
MARIA ALICE NASCIMENTO SOUZA  
Diretora Geral  
Interina

08650-12960/2011

origem memo 054610



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL  
COORDENAÇÃO-GERAL DE OPERAÇÕES  
DIVISÃO DE PLANEJAMENTO OPERACIONAL

Memorando nº 035/2011 - DPO

Brasília-DF, 20 de Maio 2011.

À Chefia de Gabinete da Direção-Geral do DPRF

Assunto: **Resposta ao memorando 132/2011/Chefe de Gabinete (referente ao Memorando nº459/11-ASPAR/GM, de 9 de maio de 2011).**

Em atendimento ao solicitado no Memorando nº459/11-ASPAR/GM, de 9 de maio de 2011, encaminhamos o Memorando nº 008/2011 - NUEST (cópia anexa), contendo os dados de acidentes, feridos e mortos, como causa presumível ingestão de álcool, no período de janeiro 2007 a março 2011, para fins de subsidiar resposta ao parlamentar solicitante.

Respeitosamente,

**JOSÉ PECCI DE LIMA**

Chefe da Divisão de Planejamento Operacional

De acordo,

**GIOVANNI BOSCO FARIAS DI MAMBRO**  
Coordenador Geral de Operações

Aeroporto Internacional de Brasília  
Hangar da Polícia Rodoviária Federal, Lotes 40/41  
Brasília/DF – CEP: 71.608-900 – telefones: (61) 2025- 6915/6916  
E-mail: dpo@dprf.gov.br



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL  
COORDENAÇÃO-GERAL DE OPERAÇÕES  
DIVISÃO DE PLANEJAMENTO OPERACIONAL  
NÚCLEO DE ESTATÍSTICA

Memorando nº 008/2011 - NUEST

Brasília-DF, 20 de Maio 2011.

Ao Chefe da Divisão de Planejamento Operacional

Assunto: **Resposta ao memorando 132/2011/Chefe de Gabinete (referente ao Memorando nº459/11-ASPAR/GM, de 9 de maio de 2011).**

Em atendimento ao solicitado no Memorando nº459/11-ASPAR/GM, de 9 de maio de 2011, informo na tabela abaixo os dados de acidentes, feridos e mortos, como causa presumível ingestão de álcool, no período de janeiro 2007 a março 2011, para fins de encaminhamento à chefia de Gabinete da Direção-Geral do DPRF para subsidiar resposta ao parlamentar.

Causa Ingestão de Álcool			
ANO	QTD de Acidentes	QTD de Feridos	QTD de Mortos
2007	3.135	2.940	187
2008	3.563	3.208	207
2009	4.813	4.210	249
2010	6.807	5.735	403
2011 Jan a Mar	1.719	1.371	69
<b>TOTAL GERAL</b>	20.037	17.464	1.115

Respeitosamente,

  
**STÊNIO PIRES BENEVIDES**  
Chefe do Núcleo de Estatística

Aeroporto Internacional de Brasília  
Hangar da Polícia Rodoviária Federal, Lotes 40/41  
Brasília/DF – CEP: 71.608-900 – telefones: (61) 2025 6938/6939  
E-mail: nuest@dprf.gov.br



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Direção Geral

Memorando nº 64 /2011/DG

Brasília/DF, 08 de junho de 2011.

Ao Senhor-Chefe da Assessoria Parlamentar do Ministério da Justiça.

Assunto: **Presta informações (referente ao Memorando nº 459/11-ASPAR/GM, de 20 de maio de 2011).**

01. Em atenção ao documento supramencionado, informo a Vossa Senhoria que este Departamento indica o servidor Stênio Pires Benevides, matrícula SIAPE nº 1199902, Chefe do Núcleo de Estatísticas – NUEST/DPO/CGO/DPRF, para atuar como representante técnico para colaborar, na qualidade de interlocutor, com a Relatoria dos trabalhos da Comissão Especial de Estudos sobre as Causas e Consequências do Consumo Abusivo de Alcool.
02. Limitada ao exposto, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos que porventura se façam necessários.

Atenciosamente,

MARIA ALICE NASCIMENTO SOUZA  
Diretora Geral



CÂMARA DOS DEPUTADOS  
Gabinete do Deputado DR. CARLOS ALBERTO

terça-feira, 15 de fevereiro de 2011

Exmo. Senhor Deputado  
**VANDERLEI MACRIS**

PSDB SP

DD.

Senhor Deputado,

Tenho a honra de dirigir-me a Vossa Excelência para, como ex-subsecretário de estado de governo, formulador e ex-coordenador geral da Operação Lei Seca, política pública deflagrada pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro, em 19 de março de 2009, que deu eficácia a Lei Federal nº 11.705, de 19/06/2008, que durante 23 meses ininterruptos conseguiu evitar que 5.240 pessoas fossem vitimadas no trânsito, com ferimentos, mutilações e/ou mortes, encaminhar o “folder”, auto-explicativo, em anexo.

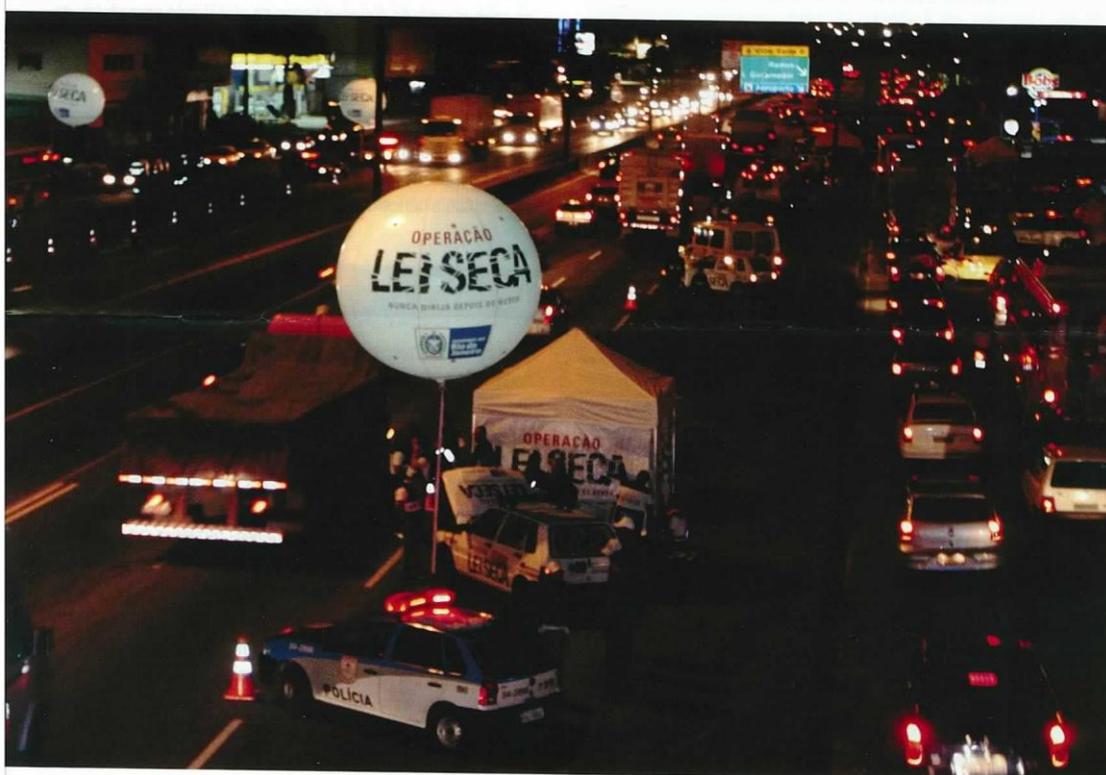
Ao tempo em que me coloco à inteira disposição de Vossa Excelência, para subsidiá-lo, se houver interesse em implementar tal política pública, em seu Estado, aproveito a oportunidade para externar protestos de admiração e apreço.

Carlos Alberto Lopes  
Deputado Federal – PMN/RJ

Câmara dos Deputados - Anexo IV - Gabinete 208 – CEP: 70.160-900 - Brasília/DF  
Telefone: (61) 3215-1208  
e-mail: dep.dr.carlosalberto@camara.gov.br

# OPERAÇÃO LEI SECA

**NUNCA DIRIJA DEPOIS DE BEBER**



- **QUANTO POSSO BEBER?  
UM CHOPP, DOIS CHOPPS, TRÊS CHOPPS...???**
- **UM ANO E MEIO SALVANDO VIDAS**
- **OPERAÇÃO LEI SECA - RETROSPECTIVA 2009 / 2010**



GOVERNO DO  
Rio de Janeiro

SECRETARIA DE ESTADO DE GOVERNO

## OPERAÇÃO LEI SECA

NUNCA DIRIJA DEPOIS DE BEBER

Rio de Janeiro, 31 de dezembro de 2010.

Senhor Condutor,

Ainda que estejamos há 630 dias ininterruptos trabalhando para preservar a vida dos condutores de veículos e dos cidadãos em geral, período durante o qual conseguimos evitar que 5.240 pessoas fossem vitimadas no trânsito, com ferimentos, mutilações e/ou mortes, percebo que muitos são aqueles que não conhecem os graus de alcoolemia permitidos na legislação vigente.

Nesse sentido, em razão de a Operação Lei Seca ter como um de seus focos o da conscientização, ofereço aos condutores de veículos as informações abaixo, que não só esclarecem esses graus, como também fazem um retrospecto de nossas ações durante o período mencionado.

A fim de aperfeiçoar cada vez mais o nosso trabalho, coloco à disposição dos condutores os meios de comunicação explicitados neste folder para maiores esclarecimentos, críticas e sugestões.

**Carlos Alberto Lopes**

Subsecretário de Estado de Governo  
Coordenador Geral da Operação Lei Seca

### QUANTO POSSO BEBER? UM CHOPP?

Ao longo de 1 ano de Operação Lei Seca, nas 70 palestras que fiz em universidades, empresas, sindicatos, federações e diversas outras instituições, ao final de minhas exposições, ao abrir para o debate, uma pergunta é inevitável. Qual a quantidade de álcool que posso beber: um chopp, dois choppes, três choppes?

A Lei Federal nº 11.705, de 19 de junho de 2008, que ficou conhecida como Lei Seca, que altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que "institui o Código de Trânsito Brasileiro..." diz em seu artigo 1º que o grau de alcoolemia é 0 (zero).

Entretanto, o Decreto nº 6.488, também de 19 de junho de 2008, que regulamenta os artigos 276 e 306 da Lei nº 9.503, acima mencionada, disciplina a margem de tolerância de álcool no sangue entre os distintos testes de alcoolemia para efeitos de crime de trânsito.

No caso de aferição da quantidade de álcool no sangue por meio de teste em aparelho de ar alveolar pulmonar (etilômetro), popularmente conhecido como bafômetro, a margem de tolerância é de um décimo de miligrama por litro de ar expelido pelos pulmões.

Quando a concentração de álcool for igual ou superior a três

### UM ANO E MEIO SALVANDO VIDAS

No mundo, anualmente, 1 milhão e 300 mil pessoas morrem vítimas de acidentes de trânsito; 50 milhões ficam feridas e gasta-se US\$ 100 bilhões de dólares.

Esse número de mortes, segundo a OMS – Organização Mundial da Saúde, só é superado por mortes de doenças do coração e de câncer.

Hoje os acidentes de trânsito são uma das maiores preocupações dos dirigentes mundiais, o que levou a ONU – Organização das Nações Unidas, a estabelecer, durante Assembleia Geral, realizada em 02 de março de 2010, a Década de Ações para a Segurança no Trânsito de 2011 a 2020, com a meta de reduzir acidentes de trânsito em todo o mundo.

No Brasil, por ano, 500 mil pessoas ficam feridas; 230 mil são internadas em hospitais; 140 mil ficam com lesões irreversíveis; 62 mil morrem. O Brasil gasta, anualmente, mais de R\$ 40 bilhões com despesas médico-hospitalares, judiciais, de seguros, previdenciárias, dentre outras.

No Estado do Rio de Janeiro, em 2008, 35 mil pessoas ficaram feridas e 2.500 morreram.

Em razão desse quadro, o governo do estado decidiu deflagrar, a partir de 19 de março de 2009, a Operação Lei Seca, como uma política pública, de caráter permanente, com operações desenvolvidas todos os dias da semana, que irão até o último dia da atual gestão governamental, com o único objetivo de preservar a vida humana.

Como resultado dessa política pública, de 1º de abril de 2009 a 30 de julho de 2010, em relação ao mesmo período anterior,

## DOIS CHOPPS, 3 CHOPPS...???

décimos de miligrama por litro de ar expelido pelos pulmões, o condutor do veículo já é considerado em infração criminal.

Para uma melhor compreensão, os graus de alcoolemia previstos em lei são os seguintes:

1) **0,00 a 0,10 miligramas por litro de ar expelido pelos pulmões** – o condutor é liberado;

2) **0,11 a 0,29** – o condutor comete uma infração administrativa, cujas penalidades são as seguintes: multa de R\$ 957,70; perda de 7 pontos na carteira; carteira apreendida (que poderá ser retirada no DETRAN no prazo de 48/72 horas); e veículo rebocado, se o condutor não apresentar outro condutor habilitado que faça o teste e seja liberado para levar o veículo;

3) **Acima de 0,29** – as mesmas penalidades da infração administrativa, mais: detenção e encaminhamento a uma Delegacia de Polícia; fiança em dinheiro, arbitrada pelo delegado de plantão que poderá chegar a R\$ 1.200,00 e abertura de um processo criminal, cuja pena poderá ser de 6 meses a 3 anos de reclusão.

É importante registrar que aqueles que se recusarem a fazer o teste, de acordo com o Art. 165 do Código de Trânsito Brasileiro,

sofrem as mesmas penalidades de uma infração administrativa.

Vale frisar que essa concentração de álcool varia de acordo com a metabolização de cada indivíduo. Um cidadão pode tomar um chopp e apresentar uma baixa concentração, incidindo na infração administrativa, outro tomar o mesmo chopp e ter uma alta concentração, entrando na faixa da infração criminal. A melhor opção, então, é não dirigir depois de beber, e, se beber, passar a direção a um motorista habilitado que não tenha ingerido álcool ou utilizar outro meio de transporte.

Felizmente, após a deflagração da Operação Lei Seca, em 19 de março de 2009 até 19 de março de 2010, em razão da fiscalização e conscientização que é feita pelos nossos cadeirantes, exemplos vivos da violência no trânsito, dos 180.000 testes realizados, 98,2% foram liberados e apenas 2% tinham algum grau de alcoolemia.

Devemos esses resultados a compreensão dos cidadãos, sobretudo os jovens, que vem entendendo que a Operação Lei Seca não é contra a bebida e sim a favor da vida. Esses jovens, sem deixar de celebrar a vida, seguem os conselhos acima e utilizam outros meios de transportes ou os amigos da vez.

segundo o GSE- Grupamento de Socorro de Emergência do Corpo de Bombeiros, conseguimos evitar que 5.240 pessoas fossem vitimadas, com ferimentos, mutilações e/ou mortes.

**NA BARRA DA TIJUCA, A 2ª COLOCADA EM NÚMERO DE ACIDENTES, SÓ SUPERADA PELA AV. BRASIL, NO ANO DE 2009 EM RELAÇÃO AO DE 2008, SEGUNDO O INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA, CONSEGUIU-SE REDUZIR 43% O NÚMERO DE MORTES, PASSANDO DE 70 MORTOS EM 2008 PARA 40 MORTOS EM 2009, NÚMERO AINDA MUITO ALTO, SE CONSIDERMOS QUE UMA VIDA NÃO TEM PREÇO, RAZÃO DA NOSSA PERSISTÊNCIA.**

Em apenas 18 meses a Operação Lei Seca é objeto de reconhecimento Nacional e Internacional.

Reconhecimento Nacional, conforme amplo noticiário nas rádios, jornais, revistas e televisões que, mês a mês, desde 19 de março de 2009, vem dando notícias da diminuição dos acidentes de trânsito nos bairros do Rio de Janeiro, Caxias, Nova Iguaçu, Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, entre outros, depois do início da Operação Lei Seca, apontando-a como exemplo para os demais estados da federação brasileira (97% de aprovação pela população do Rio de Janeiro, em pesquisa realizada pelo IBPS – Instituto Brasileiro de Pesquisa Social para a Revista VEJA Rio, edição de 4 de março de 2010, às folhas 24).

Reconhecimento Internacional, porque a Organização Mundial de Saúde, em Fórum Global de traumatologia, realizado nos dias 28,29 e 30 de outubro de 2009, no Hotel Windsor, na Barra da Tijuca, referendou a Operação Lei Seca, indicando-a

para vários países do mundo, um orgulho para nós brasileiros e, em especial, cidadãos do Rio de Janeiro.

O êxito da Operação Lei Seca deve-se a alguns fatores, dentre eles:

- 1) A decisão de instituir o projeto como uma política pública de caráter permanente;
- 2) A formação de uma equipe multi-organizacional;
- 3) A definição de 2 focos: o da fiscalização, com penas previstas no Código de Trânsito Brasileiro e o da educação, sensibilização e conscientização feitas pelos nossos cadeirantes;
- 4) A seriedade do projeto nas operações, nas quais não se admitem "carteiradas" de pessoas que se consideram acima da lei; "jeitinho" para se livrarem das penas e coisas do tipo; em estrito cumprimento ao Art. 5º da Constituição Federal: "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza".
- 5) O apoio da mídia que, desde o início das operações vem divulgando os números trágicos de acidentes de trânsito no Brasil e no Rio de Janeiro, numa conscientização coletiva da sociedade.
- 6) A adesão de instituições da sociedade civil organizada, como empresas, sindicatos, associações, federações, universidades, conselhos regionais profissionais, entre outras.

**Gostaria de registrar que a Operação Lei Seca não é contra a bebida e sim a favor da vida. O que os nossos cadeirantes dizem aos clientes dos bares, restaurantes, casas de shows, é que, se desejarem beber, utilizem outros meios de transportes que não os seus próprios ou que chamem os amigos da vez, mas que nunca dirijam depois de beber.**

## OPERAÇÃO LEI SECA - RETROSPECTIVA 2009 / 2010

A Operação Lei Seca, deflagrada em 19 de março de 2009 como uma política pública, de caráter permanente, com ações todos os dias da semana, instituída pela Secretaria de Estado de Governo e chancelada pelo governador, recebeu no dia 02 de dezembro o Prêmio Volvo de Segurança no Trânsito – 2009/2010 na Categoria Geral, na Região Sudeste, concorrendo com 254 trabalhos de 114 cidades brasileiras.

A solenidade de premiação, sob a condução do presidente da Volvo do Brasil, senhor Roger Alm, com a participação de 19 estados brasileiros, foi realizada no Teatro Paulo Autran, em Curitiba.

Essa premiação é muito importante para o Estado do Rio de Janeiro, porque é o reconhecimento do trabalho de redução de vítimas de acidentes de trânsito que estamos fazendo ininterruptamente há 1 ano e 8 meses, inédito na federação brasileira, período durante o qual fizemos 376.705 abordagens; aplicamos, a contra-gosto, 60.276 multas; rebocamos 17.136 veículos; recolhemos 24.897 habilitações; fizemos 357.391 testes com etilômetros (bafômetros) e, em decorrência, evitamos que 5.240 pessoas fossem vitimadas, com ferimentos, mutilações e/ou mortes.

Registre-se, por importante, que dos 376.705 condutores de veículos abordados, somente 19.314 (5,1%) se recusaram a fazer o teste do etilômetro, quando no início das operações em março/abril de 2009 esse índice variava entre 10 a 12%, fato que caracteriza uma mudança comportamental dos mesmos no sentido de que se não estão alcoolizados, porque se conscientizaram que bebida e álcool podem trazer sérios riscos, não tem porque deixar de fazer o teste.

Outros dados importantes são aqueles referentes aos graus de alcoolemia: dos 376.705 abordados (100%), fora os 19.314 que se recusaram a fazer o teste (5,1%), 352.574 (93,6%) ficaram entre 0,00 e 0,10 miligramas de ar expelido pelos pulmões e foram liberados; apenas 3.568 (0,9%) ficaram entre 0,11 e 0,29 miligramas e cometeram infração administrativa, cujas penalidades são perda de 7 pontos na carteira de habilitação, habilitação recolhida, veículo rebocado se o infracionado não apresentar um condutor que faça o teste e seja habilitado e multa de R\$ 957,70; e 1.249 (0,3%) foram punidos criminalmente (acima de 0,29 miligramas). As penas das

infrações criminais são as mesmas das administrativas, mais uma fiança de até R\$ 1.200,00 estabelecida pelo delegado de plantão e a instauração de um processo criminal, que poderá redundar em reclusão de 6 meses a 3 anos.

O Prêmio Volvo vem somar-se a outros reconhecimentos anteriormente obtidos, como o da OMS - Organização Mundial de Saúde que, nos dias 28, 29 e 30 de outubro de 2009, em Fórum Global de Traumatologia, no Hotel Windsor, na Barra da Tijuca, com a participação de mais de 150 especialistas em trauma de todo o mundo, referendou a Operação Lei Seca como exemplo para os países que a integram.

Posteriormente, em 4 de março de 2010, em pesquisa realizada pelo IBPS - Instituto Brasileiro de Pesquisa Social para a Revista VEJA Rio, a população do Rio de Janeiro aprovou a OLS com o índice de 97%.

Em 18 de junho do corrente ano, em pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde, o Estado do Rio de Janeiro, em razão da deflagração da Operação Lei Seca, foi o 1º colocado na redução de mortos por acidentes de trânsito, após a edição da Lei Federal nº 11.705, de 19 de junho de 2008, em um ano, em relação ao mesmo período anterior, com 32%, enquanto no Brasil esse percentual de redução foi de 6,2%.

Dentre os fatores de sucesso, estão a decisão de tornar o Projeto Operação Lei Seca em uma política pública, porque as leis só se tornam eficazes com ações permanentes; a formação de uma equipe multi-organizacional; a definição de 2 focos: conscientização e fiscalização; a seriedade do projeto nas operações, nas quais não se admitem "carteiradas" e "jeitinho" por pessoas que se consideram acima das leis, fazendo valer o Art. 5º da Constituição Federal que diz que "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza..."; o apoio da mídia que, desde o início das operações vem divulgando os números trágicos de acidentes de trânsito que, no mundo, anualmente, chegam a matar 1 milhão e 300 mil pessoas e a ferir 50 milhões, com gastos da ordem de US\$ 100 bilhões; no Brasil ceifa 62 mil vidas, fere 500 mil pessoas, com gastos de R\$ 40 bilhões; e no Estado do Rio de Janeiro fere 35 mil e mata 2.500, com despesas que podem chegar a R\$ 140 milhões, contribuindo, dessa forma, para uma conscientização coletiva e gradativa da população.

**OPERAÇÃO  
LEI SECA**  
NUNCA DIRIJA DEPOIS DE BEBER

Estes e outros artigos foram publicados no blog do Subsecretário de Governo Carlos Alberto Lopes:

[carlosalbertolopesrj.blogspot.com](http://carlosalbertolopesrj.blogspot.com)

Acompanhe mais sobre o desenvolvimento da Operação Lei Seca e entre em contato através de:

[twitter.com/carlosalopes](https://twitter.com/carlosalopes) e

[carlosalberto\\_lopes@yahoo.com.br](mailto:carlosalberto_lopes@yahoo.com.br)

## Ante Projeto

### Programa de Atenção e Prevenção da Síndrome Alcoólica Fetal

Campanha SAF Brasil.

Coordenação Técnica Científica

Professor José Mauro Braz de Lima, PhD

#### I – Introdução

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) representa hoje uma das mais sérias questões de Saúde Pública abrangendo a Saúde da Criança e dos Adolescentes (incluindo também Adultos) que, desde as publicações da literatura médica mundial (Lemoine, 1968 e Jones, 1973), tem merecido progressiva atenção em países como EUA, Canadá e Comunidade Européia. Condição nosológica grave decorrente do uso de bebidas alcoólicas durante a gravidez e se manifesta através de variado quadro clínico no qual se destacam o comprometimento do SNC/Cérebro e de outros órgãos (coração, rins, etc.), além de ser provável causa de abortamentos e prematuridade de crianças com baixo peso e baixa estatura (PIG).

Dados de autores americanos, principalmente da Dra. Anna P. Streissguth da Universidade de Washington – Fetal Alcoholic Syndrome Unit – FASU, (Seattle), apontam para significativa incidência da SAF, estimando que seja mais frequente do que a Síndrome de Down (Mongolismo) e do que a Paralisia Cerebral de origem pré-natal. Segundo esta autora e de acordo com a opinião de outros estudiosos, estima-se que cerca de 1 a 2 crianças em cada 1.000 nascimento vivos sejam portadoras de SAF. O que é altamente preocupante entre nós no Brasil, é a possibilidade de termos incidência semelhante ou mais alta em face ao elevado consumo de bebidas alcoólicas entre mulheres jovens. A forte publicidade e a banalização (subestimação do risco) das conseqüências e prejuízos do uso e abuso de álcool, entre os jovens, principalmente, são condições que pesam na relevância da SAF.

Portanto, faz-se mister discutir esta relevante e perigosa questão de saúde pública envolvendo as mais diversas autoridades pertinentes (Saúde, Educação, Ação Social, Justiça, Secretarias, Universidades, enfim toda a Comunidade). A Indústria de Bebidas não pode ficar de fora da discussão, convocada que deve ser pelas organizações e instituições engajadas no

Projeto. Muita coisa já foi desenvolvida nos diversos países já citados e, portanto, teríamos muito que aproveitar com a experiência dos mesmos, embora, naturalmente, adaptando e ajustando tais experiências as nossas peculiaridades e cultura.

Nesse sentido, já tivemos importantes oportunidades de contar com a colaboração e intercâmbio com colegas especialistas da França, dos EUA e de Portugal, quando convidados por nós, participaram de diversos eventos, tais como, Simpósios, Reuniões, Seminários,... no Rio de Janeiro, desde 1998. Nós mesmos (JMBL) obtivemos oportunidade de conhecer os serviços portugueses e franceses há alguns anos, tendo inclusive participado do congresso sobre SAF no qual apresentamos trabalhos de nossa equipe.

Considerando, por fim, a necessidade de se desenvolver “programas integrados e multidisciplinares” para atender crianças e adolescentes (e às vezes, adultos) com a SAF, e do mesmo modo investir em programas de prevenção primária, faz-se necessário o estabelecimento de ações e estratégias estruturadas e integradas em diversos níveis contando com os necessários Recursos Humanos e suporte material e financeiro.

## II – Objetivos

- Informar às pessoas o risco real de comprometimento orgânico decorrente da exposição fetal ao álcool, através da divulgação do problema (prevenção primária);
- Capacitar diversos profissionais das áreas da saúde e afins com o intuito de constituir equipes multidisciplinares preparada para o atendimento integrado;
- Estimular e apoiar a criação de “Núcleos de Atenção Integrada da SAF” (NASAF’s) onde equipes de profissionais capacitados possam atender e orientar pacientes e familiares com SAF, vinculados às Unidades de Saúde das três esferas de Governos (Ambulatórios, Postos de Saúde, Hospitais..), integrados na Rede do SUS;
- Promover encontros e reuniões com agentes e integrantes dos Programas de Saúde de Família (PSF) a fim de informar e habilitar para ações de cuidados básicos e orientação adequada no que diz respeito à SAF;

- Favorecer divulgação dos conhecimentos sobre a SAF entre os Professores e Educadores que atuam nas Escolas frequentadas por jovens adolescentes como estratégia de “Redução de Risco” (multiplicar informações);

### **III – Metodologia**

As ações e estratégias a serem implementadas, deverão estar integradas dentro de um planejamento global envolvendo desde logo as unidades e órgãos envolvidos de acordo com suas competências. Um grupo ou equipe de coordenadores deverá ficar responsável pela organização e desenvolvimento das ações efetivas.

As “ações e estratégias” deverão estar integradas dentro de um cronograma de tarefas que segue o desenvolvimento articulado do programa. Assim, as etapas das diversas etapas a serem implementadas devem seguir um cronograma pré-determinado.

### **ETAPAS**

#### **Primeira Etapa:**

- Apresentação e sensibilização dos diversos profissionais e órgãos envolvidos. Para tal acontecer, a “Secretaria Especial” coordena com outros autores esta reunião inicial. Material gráfico sobre o programa e ações em informações iguais. Poder-se-á realizar breve encontro ou seminário com os participantes.

#### **Segunda Etapa:**

- Cursos de capacitação para os diversos profissionais das diversas Unidades de Saúde e de outras áreas. Este curso básico de carga horária restrita (20h) será realizado de acordo com as características próprias do local. A prioridade ficará a cargo da identificação de maior ou menor necessidade e demanda. Programa do curso em anexo.

#### **Terceira Etapa:**

- Organização dos “Núcleos” (NASAF) pelos profissionais que fizeram parte do curso de capacitação dentro das possibilidades das Unidades. Porém, de qualquer forma o trabalho de prevenção (primária ou secundária), já estará em desenvolvimento.

#### **Quarta Etapa:**

- Campanhas de Prevenção primária através da elaboração dos folders, cartazes, painéis... Tais ações deverão ser desenvolvidas, através de diversos meios de informação.

#### **Quinta Etapa:**

- Acompanhamento e supervisão do Programa com objetivo de ajuste e apoios necessários oportunizados dentro de prazos combinados. Com este processo de acompanhamento do trabalho será possível avaliar melhor o nível de desempenho e de resolutividade.

[ANEXO]

### **“PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRADA E PREVENÇÃO DA SAF”**

#### **CRONOGRAMA**

##### **PROGRAMA (Conteúdo Programático)**

#### **Módulo I – Introdução ao Estudo da SAF**

- 1) – O que é SAF?
- 2) – Conceitos e Pré-conceitos sobre a SAF;
- 3) – A SAF como condição fisiológica;
- 4) – Aspectos epidemiológicos;
- 5) – Breve história de uma doença desconhecida;
- 6) – Panorama da SAF nos EUA e na Comunidade Européia;
- 7) – A SAF no Brasil: algumas referências.

### **Módulo II – O Mecanismo da Doença**

- 1) – O álcool e a gravidez: um processo teratogênico;
- 2) – Mecanismos Fisiopatogênicos da ação do Álcool sobre o organismo: repercussões orgânicas e neurológicas;
- 3) – Classificação da manifestação da SAF;
- 4) – O “quadro clínico diverso”, manifestações clínico-neurológicas, Psicológicas e Psicopedagógicas;
- 5) – Diagnóstico da SAF.

### **Módulo III:**

- 1) – Atenção no Pré-Natal: Ações dos Cuidados de Prevenção;
- 2) – Cuidador da Puericultura e de Pediatrias;
- 3) – Avaliação Neuro-Cognitiva;
- 4) – Exames Complementares.

**Módulo IV – Tratamento**

- 1) – Tratamento Médico;
- 2) – Tratamento Psicológico;
- 3) – Tratamento Psicopedagógico;
- 4) – Cuidados de Enfermagem;
- 5) – Papel do Assistente Social.

**Módulo V**

- 1) – Ações e Estratégias de Prevenção da SAF;
- 2) – Prevenção Primária;
- 3) – Políticas Públicas;
- 4) – Campanha Publicitária.



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO  
Secretaria Geral Parlamentar  
Departamento de Documentação e Informação

## LEI Nº 14.592, DE 19 DE OUTUBRO DE 2011

*Proíbe vender, ofertar, fornecer, entregar e permitir o consumo de bebida alcoólica, ainda que gratuitamente, aos menores de 18 (dezoito) anos de idade, e dá providências correlatas*

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:  
Faço saber que a Assembleia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei:

**Artigo 1º** - Fica proibido, no Estado de São Paulo, vender, ofertar, fornecer, entregar e permitir o consumo de bebida alcoólica, ainda que gratuitamente, aos menores de 18 (dezoito) anos de idade.

**Parágrafo único** - A proibição estabelecida no "caput" compreende a do uso de bebidas alcoólicas como premiação aos menores de 18 (dezoito) anos de idade em quermesses, clubes sociais, instituições filantrópicas, casas de espetáculos, feiras, eventos ou qualquer manifestação pública.

**Artigo 2º** - A proibição prevista no artigo 1º desta lei implica o dever de cuidado, proteção e vigilância por parte dos empresários e responsáveis pelos estabelecimentos comerciais, fornecedores de produtos ou serviços, seus empregados ou prepostos, que devem:

I - afixar avisos da proibição de venda, oferta, fornecimento, entrega e permissão de consumo de bebida alcoólica, ainda que gratuitamente, aos menores de 18 (dezoito) anos, em tamanho e local de ampla visibilidade, com expressa referência a esta lei e ao artigo 243 da Lei federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, constando a seguinte advertência: "A BEBIDA ALCOÓLICA PODE CAUSAR DEPENDÊNCIA QUÍMICA E, EM EXCESSO, PROVOCA GRAVES MALES À SAÚDE";

II - utilizar mecanismos que assegurem, no espaço físico onde ocorra venda, oferta, fornecimento, entrega ou consumo de bebida alcoólica, a integral observância ao disposto nesta lei;

III - zelar para que nas dependências de seus estabelecimentos comerciais não se permita o consumo de bebidas alcoólicas por pessoas menores de 18 (dezoito) anos.

§ 1º - Os avisos de proibição de que trata o inciso I deste artigo serão afixados em número suficiente para garantir sua visibilidade na totalidade dos respectivos ambientes, conforme regulamentação a ser expedida pelo Poder Executivo.

§ 2º - Nos estabelecimentos que operam no sistema de autosserviço, tais como supermercados, lojas de conveniência, padarias e similares, as bebidas alcoólicas deverão ser dispostas em locais ou estandes específicos, distintos dos demais produtos expostos, com a afixação da sinalização de que trata o inciso I deste artigo no mesmo espaço.

§ 3º - Além das medidas de que trata o inciso II deste artigo, os empresários e responsáveis pelos estabelecimentos comerciais e seus empregados ou prepostos deverão exigir documento oficial de identidade, a fim de comprovar a maioridade do interessado em consumir bebida alcoólica e, em caso de recusa, deverão abster-se de fornecer o produto.

§ 4º - Cabe aos empresários e responsáveis pelos estabelecimentos comerciais e aos seus empregados ou prepostos comprovar à autoridade fiscalizadora, quando por esta solicitado, a idade dos consumidores que estejam fazendo uso de bebidas alcoólicas nas suas dependências.

§ 5º - vetado.

**Artigo 3º** - As infrações das normas desta lei ficam sujeitas, conforme o caso, às seguintes sanções administrativas, sem prejuízo das de natureza civil ou penal e das definidas em normas específicas:

I - multa;

II - interdição.

**Parágrafo único** - As sanções previstas neste artigo poderão ser aplicadas cumulativamente, inclusive por medida cautelar, antecedente ou incidente, de procedimento administrativo.

**Artigo 4º** - A multa será fixada em, no mínimo, 100 (cem) e, no máximo, 5.000 (cinco mil) Unidades Fiscais do Estado de São Paulo – UFESPs para cada infração cometida, aplicada em dobro na hipótese de reincidência, observada a seguinte graduação:

I - para as infrações de natureza leve, assim consideradas as condutas contrárias ao disposto no inciso I e no § 1º do artigo 2º:

a) 100 (cem) UFESPs, em se tratando de fornecedor optante pelo Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições devidos pelas Microempresas e Empresas de Pequeno Porte – Simples Nacional, instituído pela Lei Complementar federal nº 123, de 14 de dezembro de 2006;

b) 500 (quinhentas) UFESPs, para fornecedor que não se enquadre na hipótese da alínea “a” e cuja receita bruta anual seja igual ou inferior a 650.000 (seiscentas e cinquenta mil) UFESPs;

c) 1.500 (mil e quinhentas) UFESPs, para fornecedor cuja receita bruta anual seja superior a 650.000 (seiscentas e cinquenta mil) UFESPs;

II - Para as infrações de natureza média, assim consideradas as condutas contrárias ao disposto no inciso II e no § 2º do artigo 2º desta lei:

a) 150 (cento e cinquenta) UFESPs, em se tratando de fornecedor optante pelo Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições devidos pelas Microempresas e Empresas de Pequeno Porte – Simples Nacional, instituído pela Lei Complementar federal nº 123, de 14 de dezembro de 2006;

b) 750 (setecentas e cinquenta) UFESPs, para fornecedor que não se enquadre na hipótese da alínea "a" e cuja receita bruta anual seja igual ou inferior a 650.000 (seiscentas e cinquenta mil) UFESPs;

c) 2.000 (duas mil) UFESPs, para fornecedor cuja receita bruta anual seja superior a 650.000 (seiscentas e cinquenta mil) UFESPs;

III - Para as infrações de natureza grave, assim consideradas as condutas contrárias ao disposto no artigo 1º e no artigo 2º, inciso III e §§ 3º e 4º, desta lei:

a) 200 (duzentas) UFESPs, em se tratando de fornecedor optante pelo Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições devidos pelas Microempresas e Empresas de Pequeno Porte – Simples Nacional, instituído pela Lei Complementar federal nº 123, de 14 de dezembro de 2006;

b) 1.000 (mil) UFESPs, para fornecedor que não se enquadre na hipótese da alínea "a" e cuja receita bruta anual seja igual ou inferior a 650.000 (seiscentas e cinquenta mil) UFESPs;

c) 2.500 (duas mil e quinhentas) UFESPs, para fornecedor cuja receita bruta anual seja superior a 650.000 (seiscentas e cinquenta mil) UFESPs.

**Artigo 5º** - A sanção de interdição, fixada em no máximo 30 (trinta) dias, será aplicada quando o fornecedor reincidir nas infrações dos artigos 1º e 2º, inciso III e §§ 3º e 4º, desta lei.

**Artigo 6º** - Na hipótese de descumprimento da sanção de interdição, ou se for verificada nova infração do disposto nesta lei, será oficiada a Secretaria da Fazenda, que deverá proceder à instauração de processo para cassação da eficácia da inscrição do fornecedor infrator no cadastro de contribuintes do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação – ICMS, consoante disposto na Lei nº 12.540, de 19 de janeiro de 2007.

**Artigo 7º** - Considera-se reincidência a repetição de infração de quaisquer das disposições desta lei, desde que imposta a penalidade por decisão administrativa irrecurível.

**Parágrafo único** - Para os fins do disposto no “caput” deste artigo, não se considera a sanção anterior se entre a data da decisão administrativa definitiva e a da infração posterior houver decorrido período de tempo superior a 5 (cinco) anos.

**Artigo 8º** - A fiscalização do disposto nesta lei será realizada pelos órgãos estaduais de defesa do consumidor e de vigilância sanitária, nos respectivos âmbitos de atribuições, os quais serão responsáveis pela aplicação das sanções decorrentes de infrações às normas nela contidas, mediante procedimento administrativo, assegurada ampla defesa.

**Artigo 9º** - Passam a vigorar com a seguinte redação os dispositivos adiante indicados da Lei nº 12.540, de 19 de janeiro de 2007:

I - o artigo 1º:

“Artigo 1º - Será cassada a eficácia da inscrição, no cadastro de contribuintes do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação – ICMS, dos fornecedores de produtos ou serviços que venderem, oferecerem, fornecerem, entregarem ou permitirem o consumo de bebidas alcoólicas, ainda que gratuitamente, aos menores de 18 (dezoito) anos de idade, ou forem flagrados consentindo com o uso ou com a comercialização de drogas.” (NR);

II - o artigo 2º:

“Artigo 2º - A não conformidade a que se refere o artigo 1º desta lei será apurada na forma prevista em regulamento.” (NR)

**Artigo 10** - O Poder Executivo realizará ampla campanha educativa nos meios de comunicação, para esclarecimento sobre os deveres, proibições e sanções impostos por esta lei.

**Artigo 11** - Caberá ao Poder Executivo implementar política de prevenção e atenção às pessoas usuárias e às pessoas dependentes da ingestão de bebidas alcoólicas.

**Artigo 12** - As despesas decorrentes da aplicação desta lei correrão à conta das dotações próprias consignadas no orçamento, suplementadas se necessário.

**Artigo 13** - Esta lei entra em vigor no prazo de 30 (trinta) dias após a data de sua publicação, ficando revogada a Lei nº 12.224, de 11 de janeiro de 2006.

Palácio dos Bandeirantes, 19 de outubro de 2011

GERALDO ALCKMIN

Giovanni Guido Cerri

Secretário da Saúde

Sidney Estanislau Beraldo

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, aos 19 de outubro de 2011.

## ANEXO XVII



1

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA Rodoviária FEDERAL

## OPERAÇÃO CARNAVAL 2011 BOLETIM FINAL

Referência: De 04/03/2011 - 0h a 09/03/2011 - 23h59.

		4/3	5/3	6/3	7/3	8/3	9/3
<b>ACIDENTES</b>	602						
	<b>ACUMULADO</b>	4.165 (+ 28,7%)					
<b>FERIDOS</b>	289						
	<b>ACUMULADO</b>	2.441 (+ 27,4%)					
<b>MORTOS</b>	24						
	<b>ACUMULADO</b>	213 (+ 47,9%)					

A Operação Carnaval 2011, que aconteceu nos 66 mil quilômetros de rodovias federais, foi marcada por acidentes e mortes nas estradas. Apesar dos 9.100 policiais rodoviários federais que trabalharam em esquema de revezamento durante o fim de semana prolongado, e dos quase 200 mil



2

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**

procedimentos de fiscalização, o balanço final do período coloca o feriadão entre os mais violentos da história.

Em várias rodovias importantes do país, sobretudo nos corredores viários que ligam o interior ao litoral, foi registrado aumento impressionante do fluxo de veículos. Isso pode ser explicado pela data em que o Carnaval começou neste ano. Em 2010, os dias de folia coincidiram com a volta às aulas, e com o meio do mês. Já em 2011, o feriadão caiu no primeiro fim de semana de março, próximo às datas regulares de pagamento de salários.

Em Minas Gerais, as vias que levaram os foliões às cidades históricas do Estado, além de Bahia e Espírito Santo, observaram crescimento de até 50% no volume de tráfego em relação ao mesmo período do ano passado.

No Pará, a BR-316, que liga Belém aos balneários de Mosqueiro e Salinópolis, viu a circulação média diária saltar de 50 veículos / minuto em 2010, para 70 veículos / minuto em 2011.

No Rio de Janeiro, mesmo com o advento de uma faixa reversível de oito quilômetros, a Polícia Rodoviária Federal registrou mais de 17 quilômetros de lentidão na BR-101 Norte, que faz ligação entre a capital fluminense e a Região dos Lagos.

Em Pernambuco, todo movimento de foliões esteve concentrado na BR-101, que corta Recife e Olinda. A mesma estrada, que serve como porta de entrada para o Estado, também é passagem obrigatória para aqueles que seguem em direção ao litoral Sul ou Norte. De acordo com a Prefeitura de Recife, 700 mil turistas brincaram o carnaval da capital pernambucana, provocando impacto econômico 20% maior que no ano passado.

Na Bahia, a Secretaria de Turismo estima que 500 mil visitantes tenham aproveitado o carnaval de Salvador, provocando a ocupação de 100% da rede hoteleira. A Polícia Rodoviária Federal calcula que 250 mil pessoas tenham utilizado a BR-324, que liga Feira de Santana à capital do Estado. E de acordo com a Infraero, cerca de 250 mil turistas desembarcaram no Aeroporto Internacional Deputado Luís Eduardo Magalhães.



3

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

		4/3	5/3	6/3	7/3	8/3	9/3														
TESTES DE ALCOOLEMIA REALIZADOS	5.824	<table border="1"> <tr> <th>Mês</th> <td>4/3</td> <td>5/3</td> <td>6/3</td> <td>7/3</td> <td>8/3</td> <td>9/3</td> </tr> <tr> <th>Quantidade</th> <td>5076</td> <td>5777</td> <td>5570</td> <td>5867</td> <td>6356</td> <td>5824</td> </tr> </table>						Mês	4/3	5/3	6/3	7/3	8/3	9/3	Quantidade	5076	5777	5570	5867	6356	5824
	Mês	4/3	5/3	6/3	7/3	8/3	9/3														
Quantidade	5076	5777	5570	5867	6356	5824															
ACUMULADO	34.470																				
TESTES POSITIVOS PARA ALCOOLEMIA	77	<table border="1"> <tr> <th>Mês</th> <td>4/3</td> <td>5/3</td> <td>6/3</td> <td>7/3</td> <td>8/3</td> <td>9/3</td> </tr> <tr> <th>Quantidade</th> <td>73</td> <td>190</td> <td>321</td> <td>184</td> <td>204</td> <td>77</td> </tr> </table>						Mês	4/3	5/3	6/3	7/3	8/3	9/3	Quantidade	73	190	321	184	204	77
	Mês	4/3	5/3	6/3	7/3	8/3	9/3														
Quantidade	73	190	321	184	204	77															
ACUMULADO	1.049																				
PESSOAS PRESAS (EMBRIAGUEZ)	42	<table border="1"> <tr> <th>Mês</th> <td>4/3</td> <td>5/3</td> <td>6/3</td> <td>7/3</td> <td>8/3</td> <td>9/3</td> </tr> <tr> <th>Quantidade</th> <td>35</td> <td>75</td> <td>152</td> <td>85</td> <td>90</td> <td>42</td> </tr> </table>						Mês	4/3	5/3	6/3	7/3	8/3	9/3	Quantidade	35	75	152	85	90	42
	Mês	4/3	5/3	6/3	7/3	8/3	9/3														
Quantidade	35	75	152	85	90	42															
ACUMULADO	479																				
VEÍCULOS E PESSOAS FISCALIZADOS	29.857	<table border="1"> <tr> <th>Mês</th> <td>4/3</td> <td>5/3</td> <td>6/3</td> <td>7/3</td> <td>8/3</td> <td>9/3</td> </tr> <tr> <th>Quantidade</th> <td>29.523</td> <td>30.283</td> <td>25.067</td> <td>27.639</td> <td>29.857</td> <td>31.535</td> </tr> </table>						Mês	4/3	5/3	6/3	7/3	8/3	9/3	Quantidade	29.523	30.283	25.067	27.639	29.857	31.535
	Mês	4/3	5/3	6/3	7/3	8/3	9/3														
Quantidade	29.523	30.283	25.067	27.639	29.857	31.535															
ACUMULADO	173.904																				



4

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

DIA	ABORDAGENS REALIZADAS	META DIÁRIA	% CUMPRIDO
04/03	34.707	23.299	149%
05/03	36.060		155%
06/03	30.637		131%
07/03	33.506		144%
08/03	36.213		155%
09/03	37.359		160%
<b>TOTAL</b>	<b>208.482</b>	<b>139.794</b>	<b>149%</b>

<b>PRISÕES EM FLAGRANTE (CRIMES DIVERSOS)</b>	757
---	-----



**Flagrantes de alcoolemia em testes de etilômetro**

De 04/03/2011 a 09/03/2011



01 flagrante em  
32 testes

Fonte: Polícia Rodoviária Federal



5

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

**OCORRÊNCIAS  
RELEVANTES**

- Na sexta-feira (4), em duas ocorrências no Paraná, a Polícia Rodoviária Federal interceptou quase seis mil pedras de crack. Na primeira delas, em Cascavel, 10 quilos do entorpecente foram encontrados no interior de um Renault Scenic. Já em Santa Terezinha do Itaipu, km 714 da BR-277, 6,5 quilos da droga estavam sendo transportados em um Honda Fit. Os casos foram apresentados à polícia judiciária.

Também no dia 4, na cidade mineira de Itapeva, PRFs recuperaram uma carga roubada de 525 *notebooks*. O lote de computadores, com valor estimado em quase um milhão de reais, estava sendo transportado por um caminhão Mercedes Benz, que também possuía queixa de furto/roubo. A ocorrência foi encaminhada à delegacia de Polícia Civil local.

- No sábado (5), no km 68 da BR-463, PRFs de plantão identificaram 40 cédulas falsas de R\$ 50,00 durante abordagem a um GM Corsa, com placas de São Paulo. Os três ocupantes do automóvel, com idades entre 18 e 23 anos, foram presos em flagrante, e apresentados à delegacia da Polícia Federal de Ponta Porã (MS).

Na cidade paranaense de Quatro Pontes, policiais rodoviários apreenderam, no sábado (5), 75,5 quilos de maconha no interior de um Fiat Palio, com placas do Paraná. A ação policial, que aconteceu no km 278 da BR-163 terminou com a prisão de um casal e encaminhamento dos seus três filhos menores de idade ao Conselho Tutelar de Marechal Rondon (PR)

- Dois casos de menores em situação de risco foram registrados por policiais rodoviários



6

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

	<p>federais no domingo de Carnaval (6). Em Porangatu (GO), km 69 da BR-153, PRFs encontraram duas adolescentes de 12 e 17 anos viajando de carona em uma carreta, retornando de um baile de Carnaval da cidade para o povoado de Linda Vista (GO). As menores foram encaminhadas ao Conselho Tutelar local.</p> <p>Em Canas (SP), no km 45 da BR-116, foi presa uma mulher por induzir uma adolescente de 17 anos a pedir carona às margens da rodovia, com a finalidade de se prostituírem. Ocorrência encaminhada à Delegacia de Polícia Civil local e posteriormente ao Conselho Tutelar da região.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na terça (8), policiais rodoviários federais de Mato Grosso, em conjunto com a Polícia Federal, apreenderam 935 quilos de cocaína pura. O flagrante aconteceu no km 434 da BR-364, em frente ao posto PRF de Várzea Grande (MT). Durante fiscalização de rotina, os policiais abordaram um caminhão Ford Cargo com placas de Santa Catarina, conduzido por Orivaldo Schroeder, de 52 anos. Ele afirmou aos agentes que levava peças de caminhão para São Paulo, e que não tinha nota fiscal dos produtos. Ao revistarem o interior do caminhão baú, os agentes notaram a existência de um fundo falso, que escondia dezenas de pacotes contendo a droga. No total, 935 quilos de cocaína pura, avaliados em mais de R\$ 5 milhões. O motorista confessou que levaria a droga para São Paulo e receberia R\$ 10 mil pelo transporte. A pena prevista para o crime de tráfico de entorpecentes é de 5 a 15 anos de reclusão. A ocorrência foi encaminhada à Polícia Federal, em Cuiabá (MT).</li> </ul>
--	---

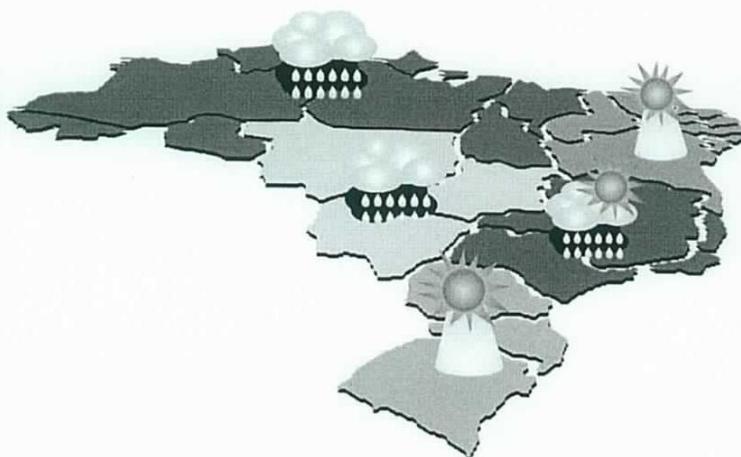


7

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

### CONDIÇÕES DO TEMPO NO PERÍODO

Tempo durante o Carnaval - 04/03 a 09/03



Fonte: Central de Informações Operacionais/DPRF, com base em relatórios enviados por 400 postos nos 66 mil km de rodovias federais.

### RANKING ACIDENTES – CARNAVAL

ESTADO	ACIDENTES
MG	880
PR	430
SC	370
RJ	336
RS	286

### RANKING MORTOS – CARNAVAL

ESTADO	MORTOS
SC	36
MG	29
BA	17
RJ	16
GO, PR, PE	12



8

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



Em períodos festivos como Natal, Ano Novo e datas religiosas, o Índice de Ocupação Veicular costuma aumentar. Mais pessoas são transportadas em cada veículo e, com isso, os desastres acabam provocando mais feridos e mortos. Mas ao contrário do que já foi registrado pela PRF em outros Carnavais, esta média de passageiros, desta vez, não influenciou diretamente na quantidade total de vítimas.

Em todo país, agentes de plantão atenderam a centenas de ocorrências com, no máximo, dois mortos. Desta forma, foram poucos os desastres que provocaram múltiplos óbitos: entre os mais emblemáticos, o choque entre uma carreta e um ônibus de excursão em Santa Catarina, que matou 26 pessoas, e duas colisões frontais nas estradas de Minas Gerais (cinco óbitos no km 661 da BR-365, e mais quatro no km 122 da BR-153).

**COMPARAÇÃO CARNAVAL 2010/2011**

	2010	2011	Variação
Acidentes	3.233	4.165	+28,7%
Mortos	143	213	+47,9%
Feridos	1.912	2.441	+ 27,4%
Letalidade (acidentes/mortos)	22,6	19,5	



9

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

### EVOLUÇÃO HISTÓRICA



Desde 2003, as rodovias federais não registram Carnaval com tantos acidentes, feridos e mortes. Mas se engana quem acredita que este foi o



10

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**

feriado mais violento da história. A base de dados da Polícia Rodoviária Federal aponta a Operação Natal de 2007 (21 a 25/12) como período que registrou maior quantidade de vítimas fatais. Na ocasião, em cinco dias, as estradas somaram 196 mortes, média diária de 39,2 óbitos.

No segundo dia da Operação Carnaval 2011, quando ocorreu o desastre que matou 26 pessoas no oeste de Santa Catarina, a PRF contabilizou 58 mortes em todo Brasil, bem acima da média nacional diária, que oscila na casa de 24 vítimas fatais. Infelizmente, a triste marca já foi batida algumas vezes nos últimos anos. No Dia das Mães do ano passado, por exemplo, foram 69 mortes; no Natal sangrento de 2007, foram 63. E sem qualquer registro de acidente que produzisse tantas vítimas.



**Assessoria de Comunicação Social**

**Departamento de Polícia Rodoviária Federal**

Contatos:

[acs@dprf.gov.br](mailto:acs@dprf.gov.br)

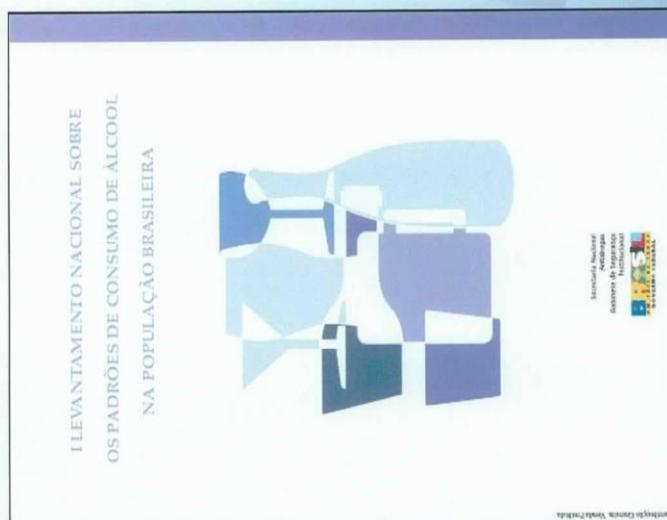
(61) 2025-6733

**ANEXO XVIII**

## I LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE PADRÕES DE CONSUMO DE ALCÓOL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

### 2007

- 143 Cidades em todo o Brasil
  - 3.007 entrevistas:
  - 2.522 entrevistas com mais de 14 anos
  - 485 entrevistas (oversample) com adolescentes
- Estratificação da amostra utilizando-se dados do IBGE (Censo e PNAD)



## I LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

- ✓ **Freqüência do consumo de bebidas alcoólicas no país**
  - 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem (pelo menos uma vez ao ano):
    - Homens - 65%
    - Mulheres - 41%
  
- ✓ **Entre os adultos que bebem:**
  - 60% dos homens e 33% das mulheres consumiram 5 doses ou mais na vez em que mais beberam no último ano
  - 11% bebem todos os dias
  - 28% consomem bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana

## I LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

- ✓ **Tipos de bebidas consumidas**
  - 61% Cerveja ou Chope
  - 25% Vinho
  - 12% Destilado
  
- ✓ **Tipos de bebidas por gênero**
  - Cervejas e bebidas “ice” não apresentaram diferenças no consumo entre os gêneros
  - Vinho – mais bebido pelas mulheres
  - Destilados – mais bebidos pelos homens



I LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE PADRÕES DE CONSUMO DE ALCÓOL NA  
POPULAÇÃO BRASILEIRA

- ✓ **Jovens de 18 a 24 anos são os que mais bebem**
- ✓ **Intensidade do consumo de bebidas alcoólicas no país**
  - 9% dos brasileiros com mais de 18 anos bebem pesado frequentemente (bebe uma vez ou mais por semana e consome 5 doses por ocasião uma vez na semana ou mais)
    - ✓ Destes: 14% são homens e 3% mulheres
  - 15% dos brasileiros com mais de 18 anos bebem frequentemente (bebe uma vez ou mais por semana e pode ou não consumir 5 doses por ocasião pelo menos uma vez na semana e não mais do que uma vez por ano)
    - ✓ Destes: 22% são homens e 9% mulheres

## I LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

### ✓ Tipos de problemas relacionados ao beber

- 52% do total da amostra dos que bebem apresentam problemas
- 38% problemas físicos decorrentes do uso do álcool
- 18% problemas familiares
- 23% da população de 18 a 24 anos relatou problemas com violência



I LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE O USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS  
DROGAS ENTRE UNIVERSITÁRIOS DAS 27 CAPITAIS BRASILEIRAS

## **I LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE O USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS ENTRE UNIVERSITÁRIOS DAS 27 CAPITAIS BRASILEIRAS**

Parceria: Universidade de São Paulo - USP

## **OBJETIVO**

---

Avaliar o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras

**ETAPA 1: SORTEIO DAS IES**  
114 IES

**ETAPA 2: SORTEIO DAS TURMAS**  
929 turmas em todo o país

**Total de entrevistas: 17.573 universitários**

**6.210 (48%) das entrevistas foram provenientes de  
51 IES públicas e 6.646 (52%) de 49 IES privadas.**



## RESULTADOS

---

### Padrões de consumo de álcool

---

**I LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE O USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS ENTRE UNIVERSITÁRIOS DAS 27 CAPITAIS BRASILEIRAS**

Substância Psicotrópica/ Medida de uso	Uso na vida (%)	Uso nos últimos 12 meses (%)	Uso nos últimos 30 dias (%)
Alcool	86,2	72	60,5
Produtos de Tabaco	46,7	27,8	21,6
Uso de Drogas Ilícitas	48,7	35,8	25,9
Maconha/ Haxixe/ Skank	26,1	13,8	9,1
Inalantes e Solventes	20,4	6,5	2,9
Cocaína (Pó)	7,7	3	1,8
Merla	0,8	0,1	0,1
Crack	1,2	0,2	0,2
Alucinógenos	7,6	4,5	2,8
Cetamina®	0,8	0,6	0,6
Chá de Ayahuasca	1,4	0,9	0,2
Ecstasy	7,5	3,1	1,9
Esteróides Anabolizantes	3,8	0,9	0,5
Tranquilizantes e Ansiolíticos	12,4	8,4	5,8
Sedativos ou Barbitúricos	1,7	1,1	0,9
Analgésicos Opiáceos	5,5	3,8	2
Xaropes à Base de Codeína	2,7	1	0,7
Anticolinérgicos	1,2	0,6	0,4
Heroína	0,2	0,1	0
Anfetamínicos	13,8	10,5	8,7
Drogas Sintéticas	2,2	1,1	0,8

### ***Binge Drinking (beber episódico pesado)***

- 25% dos universitários relataram pelo menos uma ocasião de *binge drinking* nos 30 dias anteriores à entrevista;
- 36% dos universitários relataram pelo menos uma ocasião de *binge drinking* nos últimos 12 meses.
- Os homens relataram beber mais frequentemente em *binge* que as mulheres nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias (1,5 homens para cada mulher)

## **ASSIST**

---

- **19% dos universitários fazem uso abusivo de álcool (RISCO MODERADO);** maior entre os homens e para a faixa etária entre 18 a 24 anos);
- **3% dos universitários fazem uso de risco para desenvolvimento de dependência (RISCO ALTO);** maior entre os homens e para a faixa etária de 25 a 34 anos).



## Contextualização Brasil Universitários X População Geral

---

- Quando comparados o segmento dos universitários à população geral de faixa etária entre 12 e 65 anos, o uso de álcool foi maior entre os universitários (**19%**; **UNIAD/SENAD: 3%**);
- A dependência (RISCO ALTO) foi encontrada com maior prevalência para a população geral (**3%** entre os universitários; **UNIAD/SENAD: 9%**)



VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada nas Capitais Brasileiras

## VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada nas Capitais Brasileiras

Parceria: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

## OBJETIVOS

- Descrever padrões de consumo de drogas entre estudantes - 2010
- Comparar os resultados
  - com anos anteriores
  - contexto internacional

### ESCOLAS

512 Públicas  
277 Particulares  
(86% das sorteadas)

50.890

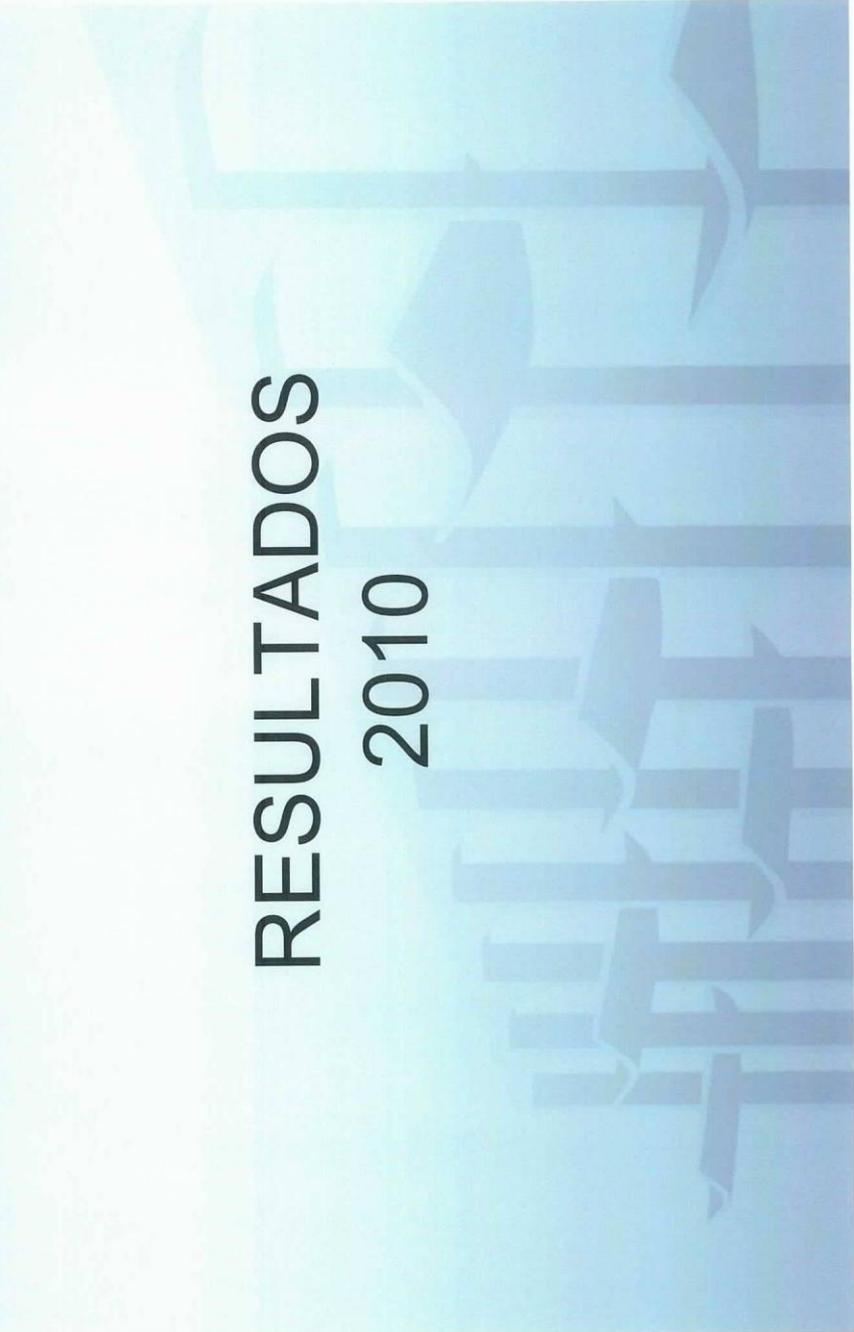
### ESTUDANTES

- Questionário individual e anônimo



VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada nas Capitais Brasileiras

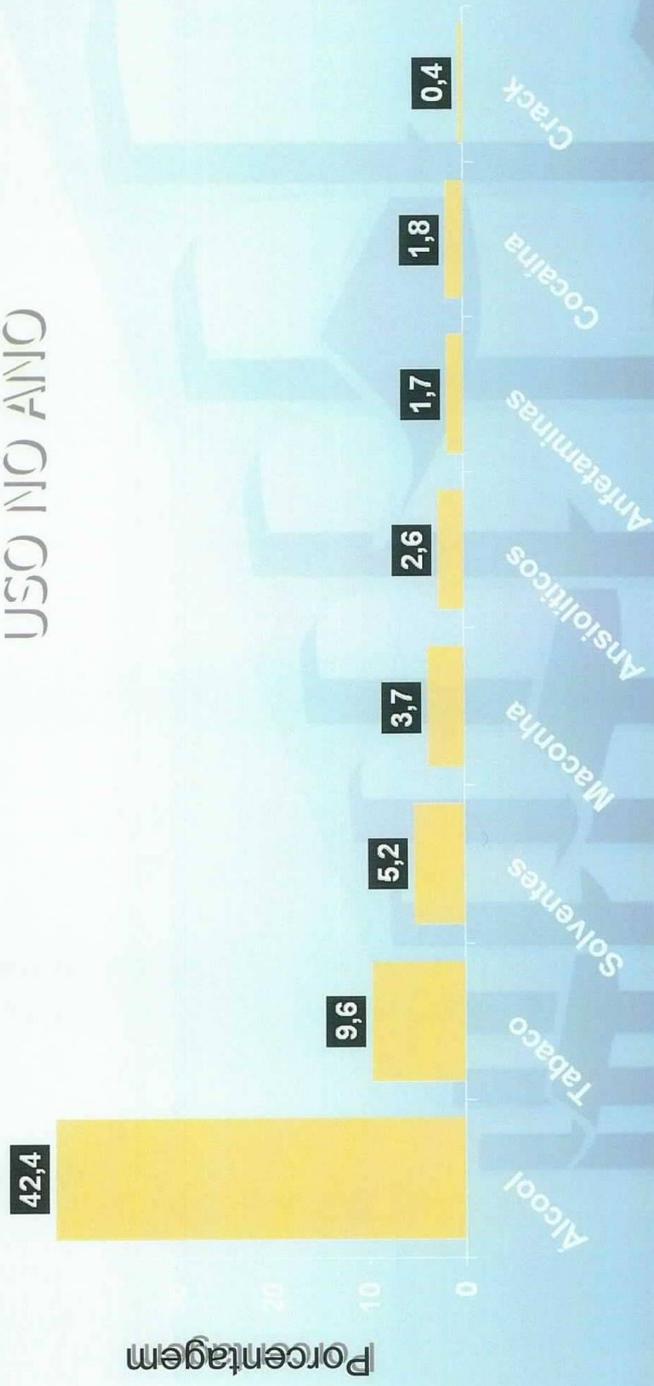
# RESULTADOS 2010



VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada nas Capitais Brasileiras



## USO NO ANO



## ÁLCOOL

USO NO ANO (comparação entre capitais de cada Região)



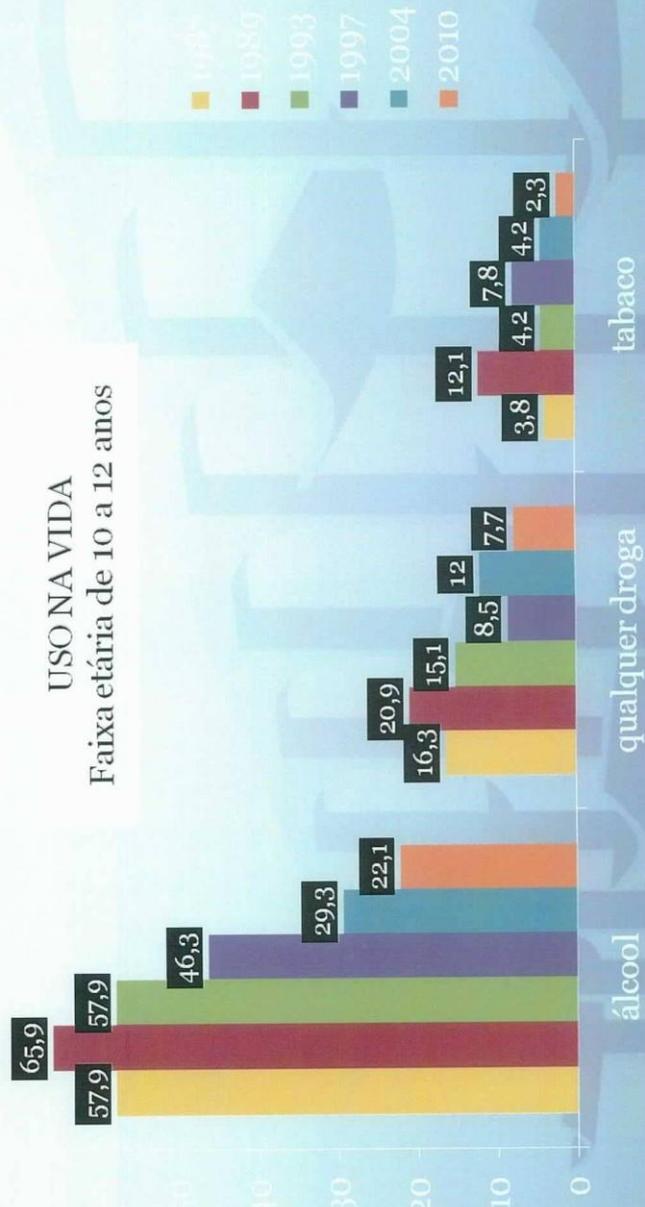
EM 23 ANOS ...

Álcool (7 em 10)  
Anfetamínicos (5 em 10)  
Solventes (5 em 10)  
Ansiolíticos (5 em 10)

Maconha (8 em 10)  
Cocaína (9 em 10)

Uso na vida

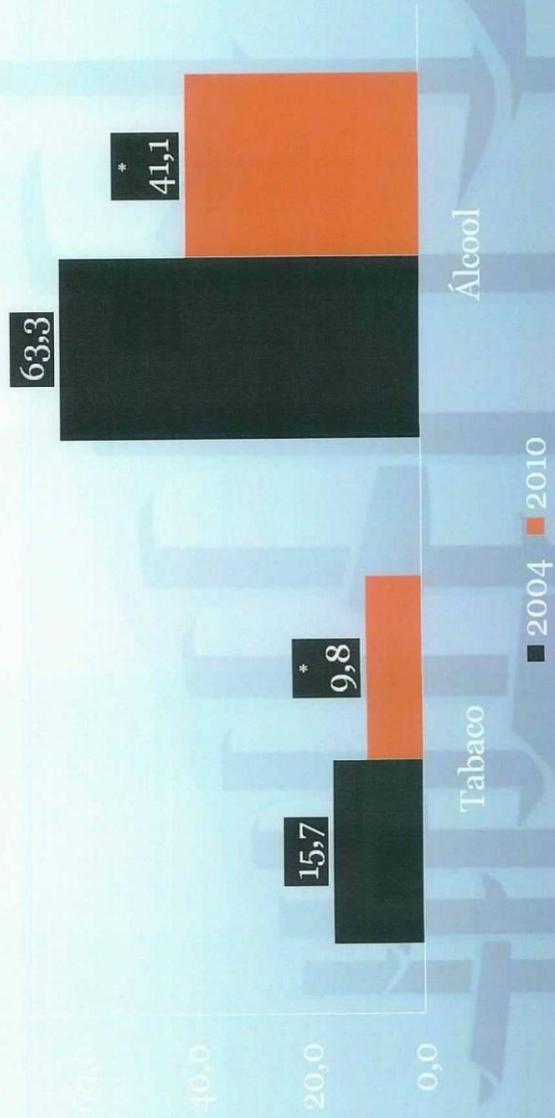
## Diminuição do uso entre as crianças: 10 a 12 anos



VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada nas Capitais Brasileiras



## Comparação 2004 e 2010 - Brasil USO NO ANO



VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada nas Capitais Brasileiras



## ÁLCOOL: Uso na vida 15 / 16 anos



SIDUC (2006), ESPAD(2007), Brasil (2010)

# Consumo de álcool e outras drogas entre motoristas privados e profissionais do Brasil

Parceria: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Avaliar, nas estradas:

Prevalência de alcoolemia e presença de outras drogas

Fatores de risco individuais para dirigir sob influência de álcool

## Método

- Carros, motos, ônibus e caminhões
- 26 capitais + DF
- 7 coletadores treinados + PRF + Polícia Federal
- Sextas e sábados, 12 a 24h

3.398 entrevistados

## Frequência de consumo (%)



n=2412



Uso episódico pesado (5 doses ou mais) nos últimos 12 meses (%)

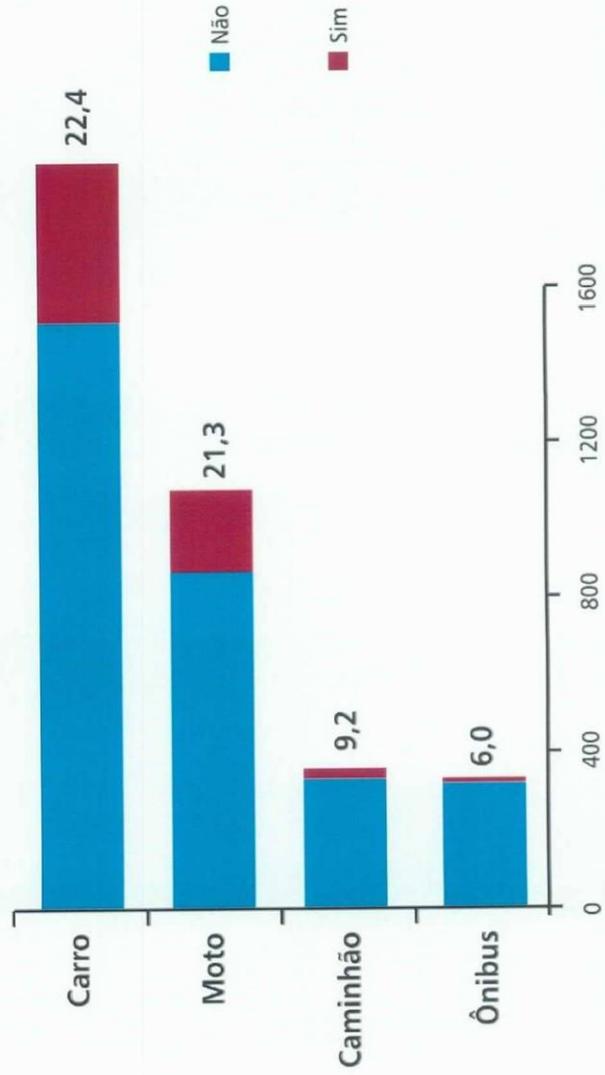


## Alcoolemia Positiva (%)

Prevalência geral: 4,8%



### Já dirigiu depois de beber? (%)





## Relatório Brasileiro sobre Drogas

### Afastamentos e aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas

Brasil - 2001 a 2007, **56.561 afastamentos e 5.024 aposentadorias** por consumo de substâncias psicoativas.

Dentre os diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de drogas, a substância psicoativa que mais esteve associada a afastamentos foi o **álcool**, seguido da cocaína.

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social do Ministério da Previdência Social, no período de 2001 a 2007.



## Relatório Brasileiro sobre Drogas

### Acidentes em rodovias federais associados ao uso de álcool

- acidentes de trânsito com vítimas, associados ao consumo de álcool, ocorridos em rodovias federais, no período de 2004 a 2007.
- O número absoluto de acidentes com vítimas, associados ao consumo de álcool, ocorridos nas rodovias federais, cresceu no Brasil como um todo e em todas as regiões geográficas, no período de tempo observado, **totalizando 498 em 2004, 653 em 2005, 1.032 em 2006 e 1.909 em 2007.**

Legislação

# LEGISLAÇÃO

**DECRETO n° 6.117  
de 22 de maio de 2007**

Aprova a **Política Nacional sobre o Alcool**, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.

## Legislação

**Medida Provisória nº 415, de 21 de janeiro de 2008**  
(Proíbe a comercialização de bebidas alcoólicas em rodovias federais)



### **Câmara dos Deputados**

#### **Projeto de Lei de Conversão – PLV nº 13**

(proíbe a venda de bebida alcoólica às margens de trecho rural de rodovia federal e proíbe qualquer concentração de álcool no sangue de condutor de veículos automotores)



**PLV nº 13 - Aprovado pelo Senado Federal em 08/05/08**  
**Aprovado na Câmara dos Deputados no dia 27/05/08 e**  
**remetido à sanção presidencial**

## Legislação

### Novo dispositivo legal

- **Lei Nº 11.705 de 19 de junho de 08**
- Proíbe a venda de bebidas alcoólicas nas rodovias federais;
- Proíbe dirigir sob influência do álcool ou qualquer substância psicoativa;
- ✓ **CAS de 0,2 g/l a 0,6g/l – infração administrativa**
  - ✓ Penas: multa, suspensão do direito de dirigir por 12 meses e apreensão de veículo;
- ✓ **CAS superior a 0,6 g/l – crime**
  - ✓ Penas: multa, suspensão ou proibição do direito de dirigir por 12 meses e apreensão de veículo, prisão de 6 meses a 3 anos;



## DESAFIOS

- Ampliar ações de prevenção
  - Família
  - Escola
  - Comunidades
  - Populações mais vulneráveis
- Oferecer tratamento de qualidade e reinserção social
- Ampliar Fiscalização e controle
  - Fiscalização da venda de bebidas alcoólicas para menores
  - Fiscalização do uso de álcool entre motoristas
  - Fiscalização da presença de bares próximos a escolas e hospitais
  - Modernização Legislativa
    - PL 2.733/08
      - Nova definição de bebidas alcoólicas: 0,5 gl
      - Restrição horário de propaganda das 21 às 6 h (cerveja e vinho)



OBRIGADA!!!

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte  
Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas

[www.senad.gov.br](http://www.senad.gov.br)

[www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br)

[paulina.duarte@mj.gov.br](mailto:paulina.duarte@mj.gov.br)

# MINISTÉRIO DAS CIDADES

## DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO DENATRAN



Denatran

Ministério das  
Cidades



**A Assembleia Geral das Nações Unidas, através de Resolução publicada no dia 02 de março de 2010, proclamou o período de 2011 a 2020 a “Década de Ações para a Segurança Viária”, com a meta de estabilizar e reduzir acidentes de trânsito em todo o mundo.**

**A resolução recomenda aos 192 países-membros da ONU, a elaboração de um plano diretor para guiar as ações nessa área durante os próximos dez anos.**



**Denatran**

Ministério das  
Cidades

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

Em atendimento a Resolução da ONU o Ministério das Cidades através do Denatran convocou, em 30 de março de 2010, reunião ordinária do Comitê Nacional de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito, com o objetivo de discutir e elaborar uma proposta preliminar do plano brasileiro – Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011-2020.



Denatran

Ministério das  
Cidades

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## **COMITÊ NACIONAL DE MOBILIZAÇÃO PELA SAÚDE, SEGURANÇA E PAZ NO TRÂNSITO**

### **Composição**

- **Ministério das Cidades;**
- **Ministério da Saúde;**
- **Ministério da Justiça;**
- **Ministério dos Transportes;**
- **Ministério da Educação;**
- **Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República;**
- **Secretaria Nacional da Juventude da Secretaria-Geral da Presidência da República;**
- **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD**
- **Poder Legislativo – Câmara dos Deputados;**
- **Ministério Público do Estado de Alagoas;**



**Denatran**

Ministério das  
Cidades

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAIS RICO E PAIS SEM POBREZA

## **COMITÊ NACIONAL DE MOBILIZAÇÃO PELA SAÚDE, SEGURANÇA E PAZ NO TRÂNSITO**

### Composição

- Associação Nacional dos Departamentos de Trânsito - AND;
- Associação Nacional de Transporte Público – ANTP;
- Serviço Social do Transporte/Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte – SEST/SENAT;
- Associação Brasileira de Medicina de Tráfego - ABRAMET;
- Fórum Nacional dos Secretários e Dirigentes de Transporte Urbano e Trânsito;
- Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras;
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;
- Centro de Experimentação e Segurança Viária – Cesvi Brasil;
- Ordem dos Advogados do Brasil - OAB;
- Confederação Nacional de Trabalhadores em Transportes Terrestres – CNTTT.



Denatran

Ministério das  
Cidades

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## ÓRGÃOS E ENTIDADES CONVIDADOS

- Associação Brasileira dos Departamentos Estaduais de Estradas de Rodagem
- Agência Nacional de Transportes Terrestres - ANTT
- Associação Brasileira de Engenharia Automotiva - AEA
- Associação Nacional do Transporte de Cargas e Logística - NTC & Logística
- Associação Nacional dos Fabricantes de Veículos Automotores – ANFAVEA
- Associação Nacional dos Organismos de Inspeção - ANGIS
- Centro Interdisciplinar de Estudos em Transportes – CEFTRU/UnB
- Clube de Pilotagem Automobilística - CPA
- Companhia de Engenharia de Tráfego - CET/SP
- Confederação Nacional de Municípios - CNM
- Conselho Estadual de Trânsito de Minas Gerais
- Conselho Estadual de Trânsito de Santa Catarina
- Corpo de Bombeiros DF
- Departamento de Polícia Rodoviária Federal - DPRF
- Departamento de Trânsito do Distrito Federal
- Departamento Estadual de Trânsito de Santa Catarina



## ÓRGÃOS E ENTIDADES CONVIDADOS

- Departamento Estadual de Trânsito de São Paulo
- Departamento Estadual de Trânsito do Rio Grande do Sul
- Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes - DNIT
- Empresa de Desenvolvimento Urbano e Social de Sorocaba - URBS
- Empresa de Transportes e Trânsito de Belo Horizonte S/A - BHTrans
- Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - INTO
- Instituto Nacional do Seguro Social - INSS
- Polícia Militar de Minas Gerais
- Polícia Militar do Distrito Federal
- Polícia Militar do Paraná
- Prefeitura Municipal de Barretos (SP)
- Prefeitura Municipal de Campinas (SP)
- Secretaria Nacional de Transporte e da Mobilidade Urbana - SeMOB
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU
- Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
- Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP



Denatran

Ministério das  
Cidades

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## **Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011/2020 – Proposta Preliminar**

### **Diretrizes Gerais**

- **Implantar o OBSERVATÓRIO NACIONAL DE TRÂNSITO e incentivar a criação de observatórios regionais;**
  
- **Criar, no âmbito de cada órgão do SNT, programas voltados à:**
  - a. **segurança do pedestre;**
  - b. **segurança para motociclistas;**
  - c. **segurança para ciclistas;**
  - d. **segurança para transporte de carga e transporte público de passageiros;**



Denatran

Ministério das  
Cidades

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## **Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011/2020 – Proposta Preliminar**

### **Diretrizes Gerais**

- **Criar Programa Nacional de Gestão Integrada de Informações no âmbito federal, estadual e municipal;**
- **Promover os preceitos de acessibilidade em todos os programas que compõem o plano da década.**
- **Fortalecer o órgão máximo executivo de trânsito da União, como forma de garantir a integração de todo o SNT;**



**Denatran**

Ministério das  
Cidades

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## **Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011/2020 – Proposta Preliminar**

### **Fundamentos**

As ações do Plano nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011-2020 estão fundamentadas em cinco pilares:

- I - Gestão/Fiscalização**
- II - Educação**
- III- Saúde**
- IV- Infraestrutura**
- V - Segurança Veicular**



**Denatran**

Ministério das  
Cidades

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## **Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011/2020 – Proposta Preliminar**

### **Fiscalização**

- Fortalecer a capacidade de gestão do Sistema Nacional de Trânsito;
- Incentivar a celebração de convênios entre os entes federados para a gestão do trânsito de trechos urbanos em rodovias;
- Priorizar a fiscalização das condutas infracionais com maior potencial de vitimização.



Denatran

Ministério das  
Cidades

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## **Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011/2020 – Proposta Preliminar**

### **Fiscalização**

- **Criar selo de qualidade na fiscalização de trânsito;**
- **Priorizar campanhas relacionadas à fiscalização no âmbito nacional;**
- **Elaborar um diagnóstico da fiscalização exercida pelos agentes;**
- **Padronizar procedimentos relacionadas à fiscalização no âmbito nacional;**



**Denatran**

Ministério das  
Cidades



## **Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011/2020 – Proposta Preliminar**

### **Educação**

- Implementar a educação para o trânsito como prática pedagógica cotidiana nas pré-escolas e nas escolas de ensino fundamental;
- Promover o debate do tema trânsito nas escolas de ensino médio;
- Promover cursos de extensão e de pós-graduação, na área de trânsito (presenciais, semipresenciais e a distância);



Denatran

Ministério das  
Cidades

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## **Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011/2020 – Proposta Preliminar**

### **Educação**

- **Desenvolver uma estratégia de integração com os meios de comunicação com a finalidade de criar uma mídia de trânsito cidadã;**
- **Capacitar, formar e requalificar (presencial e a distância), profissionais do Sistema Nacional de Trânsito, professores e profissionais da educação básica e superior, instrutores, examinadores, diretores geral e de ensino, dos Centros de Formação de Condutores, em diferentes áreas do trânsito.**



**Denatran**

Ministério das  
Cidades

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## **Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011/2020 – Proposta Preliminar**

### **Saúde**

- **Promover os preceitos de promoção da saúde voltada à mobilidade urbana junto aos setores responsáveis pelo espaço/ambiente de circulação;**
- **Promover e garantir o cuidado e a atenção integral às vítimas;**
- **Fortalecer a intersetorialidade entre os órgãos de saúde e trânsito.**



Denatran

Ministério das  
Cidades

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## **Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011/2020 – Proposta Preliminar**

### **Segurança Veicular**

- **Implementar a Inspeção Técnica Veicular;**
- **Definir as diretrizes gerais para desenvolvimento de um projeto de “veículo seguro” .**



**Denatran**

Ministério das  
Cidades

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAIS RICO E PAIS SEM POBREZA

## **Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011/2020**

### **Próximas Etapas**

- Convocação do Comitê Nacional de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito, em junho de 2011, para elaboração de novo texto a partir da análise das contribuições apresentadas por organizações do setor;
- Realização de audiências públicas para discussão do Plano Nacional e elaboração do texto final a ser divulgado em setembro de 2011, durante a Semana Nacional de Trânsito.



**Denatran**

Ministério das  
Cidades

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## **Ações do Denatran visando a redução de acidentes e segurança viária**

- **Implantação do Sistema Integrado de Monitoramento e Registro Automático de Veículos – SINRAV;**
- **Implantação do Sistema Nacional de Identificação Automática de veículos - SINIAV;**
- **Capacitação de profissionais do SNT;**
- **Publicação do Manual Brasileiro de Fiscalização de Trânsito - Volume I;**
- **Publicação do Guia Básico para Gestão Municipal de Trânsito;**
- **Veiculação de novas Campanhas Educativas.**



**Denatran**

Ministério das  
Cidades

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA