



53316.11448

Senado Federal
Comissão de Assuntos Sociais
Subcomissão Temporária de Políticas Sociais sobre Dependentes Químicos
de
Álcool, Crack e outras Drogas

RELATÓRIO

Relatora: Senadora Ana Amélia



**Subcomissão Temporária de Políticas Sociais sobre
Dependentes Químicos de Álcool, Crack e outras Drogas
(CASDEP)**

Composição

PRESIDENTE: Senador Wellington Dias

VICE-PRESIDENTE: Senadora Ana Amélia

Titulares

Wellington Dias

Ana Amélia

Vanessa Grazziotin

Waldemir Moka

Suplentes

Angela Portela

Cristovam Buarque

Paulo Davim

Eduardo Amorim

Cícero Lucena



APRESENTAÇÃO

A Subcomissão Temporária de Políticas Sociais sobre Dependentes Químicos de Álcool, Crack e outras Drogas (CASDEP) foi criada no âmbito da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) por força do Requerimento nº 2, de 2011 – CAS, de 16 de março de 2011, e instalada no dia 29 do mesmo mês.

Os Senadores Wellington Dias e Ana Amélia foram eleitos Presidente e Vice-Presidente da CASDEP, respectivamente.

A Senadora Ana Amélia foi designada relatora da Subcomissão.

A CASDEP atuou entre 29 de março de 2011 – data de sua instalação – e 23 de agosto do mesmo ano. Foram realizadas 12 audiências públicas, sob a forma de painéis, e ouvidos 32 depoentes.

Após uma breve descrição das audiências realizadas, é feito o relato dos depoimentos colhidos, que foram agrupados em seis eixos temáticos, de acordo com o segmento representado pelo depoente:

- i.governo;
- ii.médicos;
- iii.movimentos sociais e comunidades terapêuticas;
- iv.sindicatos e instituições privadas;
- v.depoimentos de ex-dependentes;
- vi.experiências internacionais.

Durante o mês de outubro, a população pôde enviar mensagens à CASDEP por meio da Internet. Foram recebidas 16 mensagens, que continham um total de 32 sugestões de medidas a serem adotadas para o combate ao problema das drogas.



Primeira audiência

No dia 7 de abril de 2011, a Subcomissão Temporária de Políticas Públicas sobre Álcool e Crack da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal (CASDEP) realizou o primeiro painel de um ciclo de debates, atendendo aos Requerimentos n^{os} 1 e 2, de 2011 – CASDEP, de autoria das Senadoras Ana Amélia e Vanessa Grazziotin e dos Senadores Wellington Dias e Waldemir Moka, para discutir o uso disseminado do *crack*, sob os seguintes aspectos: ações sociais e prevenção; segurança pública e legislação e, por fim, saúde pública e tratamento. O painel, intitulado *Ações Sociais e Prevenção*, teve como participantes as Sras. Denise Colin e Juliana Maria Fernandes Pereira, representantes do Secretário-Executivo do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Rômulo Paes de Sousa; as Sras. Marta Klumb Oliveira Rabelo e Maria de Fátima Simas Malheiros, representantes da Secretária de Educação Básica do Ministério da Educação (SEB/MEC), Maria do Pilar Lacerda Almeida e Silva; o Sr. Manoel Soares, Coordenador Estadual da Central Única das Favelas do Rio Grande do Sul (CUFA/RS); e o Sr. Célio Luiz Barbosa, Coordenador-Geral do Centro de Atendimento às Famílias da Fazenda da Paz no Estado do Piauí. Justificaram ausência os seguintes convidados: Srs. Carlos Roberto Lupi, Ministro do Trabalho e Emprego (MTE); Antônio Palocci, Ministro-Chefe da Casa Civil da Presidência da República; e Maria do Rosário Nunes, Ministra-Chefe da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR).



53316.11448

Segunda audiência

No dia 14 de abril de 2011, a CASDEP realizou o segundo painel do Ciclo de Debates, atendendo aos Requerimentos n^{os} 1 e 2, de 2011 – CASDEP, de autoria das Senadoras Ana Amélia e Vanessa Grazziotin e dos Senadores Wellington Dias e Waldemir Moka, para discutir o uso disseminado do *crack*, sob os seguintes aspectos: ações sociais e prevenção; segurança pública e legislação e, por fim, saúde pública e tratamento. Foram convidados a Sra. Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD-MJ); o Sr. Leandro Daiello Coimbra, Diretor-Geral da Polícia Federal (DPF), que foi representado pelo Sr. Oslaim Campos, Diretor de Combate ao Crime Organizado da Polícia Federal; a Sra. Doralice Nunes Alcântara, Secretária de Assistência Social e do Trabalho de Ponta Porã/MS; e a Sra. Zilmara David de Alencar, Secretária de Relações do Trabalho, Representante do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Terceira audiência

No dia 20 de abril de 2011, a CASDEP realizou o terceiro painel do Ciclo de Debates, atendendo aos Requerimentos n^{os} 1 e 2, de 2011 – CASDEP, de autoria das Senadoras Ana Amélia e Vanessa Grazziotin e dos Senadores Wellington Dias e Waldemir Moka, para discutir o uso disseminado do *crack*, sob os seguintes aspectos: ações sociais e prevenção; segurança pública e legislação e, por fim, saúde pública e tratamento. O painel, intitulado *Saúde Pública e Tratamento*, teve como participantes o Sr. Carlos Vital Tavares Correia Lima, representando o Sr. Roberto Luiz D'Ávila, Presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM); o Sr. José Luiz



Gomes do Amaral, Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB); o Sr. Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti, representando o Sr. Antonio Geraldo da Silva, Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP); o Padre Haroldo Rahm, representando o Sr. Luís Roberto Sdoia, Presidente da Instituição Padre Haroldo; e o Frei Hans Heinrich Stapel, Fundador e Representante da Fazenda da Esperança. Justificou ausência o Sr. Roberto Tykanori Kinoshita, Coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde.

Quarta audiência

No dia 26 de abril de 2011, a CASDEP deu continuidade ao terceiro painel de um ciclo de debates, atendendo aos Requerimentos nºs 1 e 2, de 2011 – CASDEP, de autoria das Senadoras Ana Amélia e Vanessa Grazziotin e dos Senadores Wellington Dias e Waldemir Moka, para discutir o uso disseminado do *crack*, sob os seguintes aspectos: ações sociais e prevenção; segurança pública e legislação e, por fim, saúde pública e tratamento. O painel, intitulado *Saúde Pública e Tratamento*, foi complementado pela exposição do Sr. Roberto Tykanori Kinoshita, Coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (MS).

Quinta audiência

No dia 17 de maio de 2011, a CASDEP iniciou o quarto painel do Ciclo de Debates, atendendo aos Requerimentos nºs 1 e 2, de 2011 – CASDEP, de autoria das Senadoras Ana Amélia e Vanessa Grazziotin e dos Senadores Wellington Dias e Waldemir Moka, para discutir o uso disseminado do *crack*,



sob os seguintes aspectos: ações sociais e prevenção; segurança pública e legislação e, por fim, saúde pública e tratamento. O painel, intitulado *Experiências de Organismos Internacionais*, contou com os seguintes participantes: Bo Mathiasen, Representante Regional das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), e Bernardino Vitoy, Técnico da Unidade de Saúde Familiar da Organização Panamericana da Saúde (OPAS).

Sexta audiência

No dia 12 de julho de 2011, a CASDEP realizou a complementação do quarto painel – *Experiências de Organismos Internacionais* – do Ciclo de Debates, atendendo aos Requerimentos n^{os} 1, 2 e 3, de 2011 – CASDEP, de autoria das Senadoras Ana Amélia e Vanessa Grazziotin e dos Senadores Wellington Dias e Waldemir Moka, para discutir o uso disseminado do *crack*, sob os seguintes aspectos: ações sociais e prevenção; segurança pública e legislação e, por fim, saúde pública e tratamento. Foi convidada para este debate a Sra. Anikka Markovic, Embaixadora da Suécia.

Sétima audiência

No dia 26 de maio de 2011, a CASDEP realizou o quinto painel do Ciclo de Debates, atendendo aos Requerimentos n^{os} 5 e 6, de 2011 – CASDEP, para discutir o uso disseminado do *crack*, sob os seguintes aspectos: ações sociais e prevenção; segurança pública e legislação; saúde pública e tratamento; experiências de organismos internacionais e, por fim, especialistas em dependência química. Foram convidados os especialistas em dependência química: Carlos Alberto Salgado – mestre em psiquiatria pela



Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), especialista em dependência química e Presidente da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD); Ricardo Albuquerque Paiva – membro da Diretoria do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE) e Coordenador-Geral do I Fórum Nacional sobre Aspectos Médicos e Sociais Relacionados ao Uso do Crack; Aloísio Antônio Andrade de Freitas – médico psiquiatra e homeopata, Presidente do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (Conead/MG), Presidente do Colegiado de Presidentes dos Conselhos Estaduais Antidrogas e Coordenador-Geral do Fórum Nacional Permanente de Conselhos Estaduais de Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas; Esdras Cabus Moreira – médico psiquiatra, mestre em saúde coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre em ciência da saúde pela Universidade Johns Hopkins, Estados Unidos, e Coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas do Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA). Justificou ausência o Sr. Ronaldo Laranjeira, médico psiquiatra, PhD em dependências químicas na Inglaterra e Coordenador da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP).

Oitava audiência

No dia 28 de junho de 2011, a CASDEP realizou o sexto painel do Ciclo de Debates, atendendo ao Requerimento nº 8, de 2011 – CASDEP, de autoria da Senadora Ana Amélia e dos Senadores Wellington Dias e Waldemir Moka, para ouvir a experiência de movimentos sociais na prevenção à dependência química de álcool, *crack* e outras drogas. Foi convidado para este debate Dom Irineu Danelon, Bispo responsável pela



Pastoral da Sobriedade da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB).

Nona audiência

No dia 5 de julho de 2011, a CASDEP realizou o sétimo painel do Ciclo de Debates, atendendo ao Requerimento nº 8, de 2011 – CASDEP, de autoria da Senadora Ana Amélia e dos Senadores Wellington Dias e Waldemir Moka, para discutir a experiência de movimentos sociais na prevenção à dependência química de álcool, *crack* e outras drogas. Foram convidados para este debate a Sra. Juneia Martins Batista, Secretária Nacional de Saúde do Trabalhador, da Central Única dos Trabalhadores (CUT); e o Sr. José Wilson de Souza Gonçalves, Secretário de Políticas Sociais da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG).

Décima audiência

No dia 7 de julho de 2011, a CASDEP iniciou o 8º painel do Ciclo de Debates, atendendo ao Requerimento nº 8, de 2011 – CASDEP, de autoria da Senadora Ana Amélia e dos Senadores Wellington Dias e Waldemir Moka, para discutir a experiência de entidades patronais na prevenção à dependência química de álcool, *crack* e outras drogas. O painel, intitulado *Experiências de movimentos sociais e do setor empresarial e de empresas com participação pública na prevenção à dependência química de álcool, crack e outras drogas (entidades patronais)*, contou com os seguintes participantes: Rosângela Lengler, Gerente da Unidade Estratégica de Resultados de Responsabilidade Social do Departamento Regional do Serviço Social (SESI)



do Rio Grande do Sul; Sérgio Antônio Rossato, Gerente Corporativo de Saúde da Petróleo Brasileiro S/A (PETROBRAS); e Luciana Garritano Barone do Nascimento, Assessora Técnica da Gerência de Saúde do Departamento Nacional do Serviço Social do Comércio (SESC).

Décima primeira audiência

No dia 18 de agosto de 2011, a CASDEP realizou audiência pública, atendendo ao Requerimento nº 12, de 2011 – CASDEP, da Senadora Ana Amélia e do Senador Wellington Dias, para debater ações preventivas de combate ao uso do *crack*, álcool e outras drogas. Estiveram presentes o Senador Wellington Dias, Presidente, o Senador Waldemir Moka e a Senadora Ana Amélia, membros da Subcomissão, o Senador Valdir Raupp e o Corregedor-Geral do Estado do Piauí, Antônio Luiz Medeiros de Almeida Filho. Na audiência pública, foi ouvido o Doutor Gerardo Mesquita, Professor Doutor em Medicina; Chefe da Residência em Ortopedia e Traumatologia da Universidade Federal do Piauí; Coordenador Estadual do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Piauí; pesquisador da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), e Delegado Brasileiro da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Fórum Global de Trauma.

Décima segunda audiência

No dia 23 de agosto de 2011, a CASDEP realizou audiência pública, atendendo aos Requerimentos nºs 7 e 11, de 2011 – CASDEP, da Senadora Ana Amélia e do Senador Wellington Dias, para ações preventivas de



53316.11448

combate ao *crack*, ao álcool e outras drogas. Estiveram presentes como oradores convidados o Sr. Ledir da Silva Porto, Secretário de Defesa Social do Município de Vila Velha, Espírito Santo; o Sr. Luiz Vicente da Cunha Pires, Prefeito de Cachoeirinha, no Rio Grande do Sul; e o Sr. Mano Changes, Deputado Estadual do Rio Grande do Sul. Justificaram ausência os convidados Everton Ramos, do Projeto Vem Viver, e Francisco José Pereira de Lima, “Preto Zezé”, Presidente Nacional da Central Única das Favelas (CUFA). Registrou-se a presença do Deputado Federal José Stédile.



DEPOIMENTOS

I Governo

Sra. Juliana Maria Fernandes Pereira

A Sra. Juliana Maria Fernandes Pereira, Coordenadora do Departamento de Proteção Social Especial do Ministério do Desenvolvimento Social, afirmou que, em razão da aprovação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, o Ministério tem discutido de forma aprofundada com sua rede, especialmente a rede de assistência social, a questão da prevenção e do combate ao uso de drogas. Segundo ela, a Secretaria de Assistência Social tem trabalhado com famílias em situação de vulnerabilidade social, a fim de prevenir a disseminação do uso de drogas.

A ideia é fortalecer os trabalhos de prevenção, com o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, embora o Ministério também tenha programas de tratamento e atenção a pessoas em situações de risco e de dependência.

Para a palestrante, a assistência social tem uma situação de destaque no País desde a Constituição de 1988 e, particularmente, desde a aprovação da Política Nacional de Assistência Social em 2004. Há, em todo o território nacional, um sistema com comando único, que, embora homogêneo, adapte-se às diferentes regiões do País. O trabalho é orientado por normativas de âmbito nacional e visa aliar os programas de distribuição de renda com um amplo conjunto de ações sociais, tendo por foco a família. O trabalho é feito a partir do ambiente familiar, a fim de se promover a integração no ambiente comunitário dos indivíduos em situação de vulnerabilidade.

Segundo informou a Sra. Juliana, o sistema único de assistência social



está organizado em níveis: o primeiro diz respeito à proteção social básica, que atua no campo da prevenção, e o segundo trata da proteção social especial, que se divide em média e alta complexidade. Nesse último nível, ocorre o atendimento especializado à pessoa já em situação de risco e, em casos de alta complexidade, há o serviço de acolhimento.

As unidades básicas de atendimento são chamadas de CRAS – Conselhos de Referência de Assistência Social, que contam com mais de 7 mil unidades em todo o país e mantêm equipes profissionais qualificadas para atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade. O objetivo do atendimento do CRAS é fortalecer os vínculos familiares em cada território de atuação.

A Sra. Juliana apresentou dados sobre a organização da assistência social em todo o Brasil, desde as suas unidades básicas – os Conselhos de Referência de Assistência Social (CRAS) – até a coordenação nacional do sistema. Ela se referiu à importância do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), cujas ações visam combater as situações de vulnerabilidade familiar e garantir aos indivíduos proteção de forma integral.

As ações de proteção social básica ocorrem em diversas áreas e podem incluir o combate ao uso de drogas. As ações de proteção especial, mais específicas, incluem a atenção conjunta, tanto de assistência social quanto de saúde dos indivíduos, e já trabalham de forma mais efetiva e direta com a questão da dependência química, contando com os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), que têm atuação de média complexidade. Tem-se aí o acompanhamento de famílias em situações de risco e de adolescentes sujeitos a medidas socioeducativas.

Ainda nesse campo, os serviços de assistência social buscam atender às



peças que estejam em situação de risco, vivendo nas ruas. Contam com equipes que fazem a abordagem dessas pessoas e desenvolvem ações para reinseri-las no ambiente familiar e na comunidade.

Há os serviços de alta complexidade, de acolhimento, nos quais também aparecem os casos de dependência de drogas. Nesse âmbito, há uma ligação intrínseca com os serviços de assistência à saúde, especialmente a saúde mental. Nesse caso, busca-se garantir aos indivíduos uma rede de proteção ampla, em diversas frentes, incluindo-se, para aqueles indivíduos que estão sem referência familiar, a internação para tratar a dependência química e, em seguida, o acolhimento em redes de proteção.

No que se refere ao Plano de Enfrentamento do Crack e de outras Drogas, o Ministério do Desenvolvimento Social buscou desenvolver ações mais específicas para combater e tratar o uso e a dependência de drogas. Além disso, nos últimos anos, houve uma grande expansão da rede de assistência social, com constituição dos CRAS em boa parte dos municípios brasileiros. O Ministério tem ampliado também as ações de capacitação dos agentes envolvidos nos programas.

A Sra. Juliana se referiu ainda ao entendimento do Ministério de que as escolas são um ambiente de proteção aos estudantes, o que demonstra a importância dos programas de educação em tempo integral.

Sra. Marta Klumb Oliveira Rabelo

A Sra. Marta Klumb Oliveira Rabelo, Coordenadora do Programa Saúde na Escola, dos Ministérios da Saúde e da Educação, esclareceu que o Governo Federal desenvolve desde 2007 ações de proteção integral à saúde das crianças, dos adolescentes e dos jovens brasileiros. As diretrizes do



programa são (1) a autonomia, para que os estudantes possam ter condições de fazer escolhas saudáveis, evitando o uso e o abuso de drogas; (2) o conceito de territórios de responsabilidade compartilhada, que delimita áreas nas quais se atribuem responsabilidades conjuntas a diversos entes sociais para diminuir vulnerabilidades específicas no que se refere ao uso de drogas; e (3) a intersetorialidade, com o diálogo entre as diversas entidades que participam do processo.

O programa tem indicadores e módulos de gestão, e, a partir da formação de grupos de trabalho locais, definem-se as vulnerabilidades locais e as ações programadas para dirimi-las. As ações sobre o uso de drogas, inclusive o álcool e o *crack*, buscam obter dados sobre a realidade de cada região e, a partir deles, estabelecer programas para combater o uso de drogas em cada região.

O programa conta com a atuação das equipes do Programa de Saúde da Família, com ações de avaliação clínica e psicossocial, promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos em relação ao uso de drogas e qualificação de profissionais que atuam em saúde e educação. O programa ainda monitora e avalia todas as ações relativas à saúde do estudante, para definir os rumos da política de cuidado integral da saúde e da educação dos estudantes brasileiros.

Sra. Maria de Fátima Simas Malheiros

A Sra. Maria de Fátima Simas Malheiros esclareceu que o Programa Saúde na Escola tem investido fortemente na formação de educadores para a prevenção do uso de drogas no ambiente escolar. O objetivo é estender o programa a todas as escolas brasileiras, com projetos específicos para cada realidade, desenvolvidos pelos próprios educadores que participam do



programa, que tem como objetivo a prevenção, a assistência, a atenção à saúde, a prevenção de agravos e de doenças e a promoção da saúde.

A palestrante apresentou informações detalhadas sobre como é desenvolvido o programa, seus métodos, materiais e frentes de atuação, com o objetivo de prevenir o uso de drogas no âmbito escolar. O programa tem considerado, além da atuação dos professores, também a formação dos próprios jovens, para que atuem, também eles, no combate a esse problema, bem como às vulnerabilidades em geral que podem atingir os estudantes.

Enfim, o Programa Saúde na Escola busca fortalecer os gestores estaduais, os grupos interministeriais do Programa e a comunidade escolar para que possam promover ações efetivas de prevenção e combate ao uso de drogas, especialmente o *crack*, bem como às vulnerabilidades que possam acometer os jovens estudantes.

Sra. Denise Colin

A Sra. Denise Colin, representante do Secretário-Executivo do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), teceu considerações sobre a instituição de um Sistema Único de Assistência Social, que, coordenando toda a atuação dos programas de assistência social no País, poderá contribuir significativamente para o combate à disseminação do *crack* e de outras drogas. Ela discorreu sobre a atuação que o Ministério do Desenvolvimento Social deve ter para traçar políticas sociais de combate ao uso do *crack*, particularmente no que se refere ao financiamento de projetos.

Na sequência, fizeram uso da palavra a Senadora Ana Amélia e os Senadores Waldemir Moka e Wellington Dias.

A Senadora Ana Amélia discorreu sobre a importância de se



oferecerem aos jovens atividades para que possam ocupar os “espaços vazios” que poderiam ser ocupados pelas drogas. Ela reafirmou a sua preocupação especificamente com o *crack*, pela gravidade acentuada dos efeitos do uso dessa droga, e ainda a importância das comunidades terapêuticas para o tratamento de dependentes químicos.

O Senador Waldemir Moka referiu-se à necessidade de capacitação dos profissionais que trabalham com a prevenção e o tratamento do uso de drogas. Ele entende ser de grande relevância as atividades de prevenção, sendo, para tanto, muito importante a parceria dos governos com as entidades civis que se dedicam a tais atividades, até mesmo porque a atuação do Estado ainda é incipiente, quando comparada, por exemplo, com o trabalho das comunidades terapêuticas.

Já o Senador Wellington Dias referiu-se aos esforços para promover ações conjuntas em parceria com o Governo Federal. Para ele, é imprescindível a atuação coordenada entre os diversos Ministérios e órgãos federais para efetivar as ações propostas no Plano de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas. É preciso também fazer parcerias com os municípios e destinar recursos para combater questões sociais paralelas ao problema do uso do *crack*. Ele lembrou que as comunidades terapêuticas desenvolvem trabalhos sociais primordialmente, não podendo ser tratadas como meros hospitais, sujeitos a rigorosas normas sanitárias, e, portanto, nessa área social, há, sim, que se reconhecer a eficiência da fé, da cultura, de um conjunto de outras atividades relacionadas como terapias diversas.

Por fim, ressaltou que o foco do ciclo de debates da Subcomissão é criar uma Conferência que trate do assunto, com informações precisas sobre todas as questões referentes ao *crack*, e apresentar propostas que contribuam



para a solução do problema da dependência, no sentido de garantir, por exemplo, a reinserção de dependentes, o estabelecimento de métodos de trabalho e o financiamento das atividades desenvolvidas tanto pelos órgãos públicos quanto pelas entidades civis.

Sra. Zilmara David de Alencar

A Sra. Zilmara David de Alencar, Secretária de Relações do Trabalho, iniciou sua exposição informando que o Ministro do Trabalho e Emprego, Carlos Lupi, convocou todo o seu secretariado e pediu para que fossem implementadas políticas públicas para atender aos trabalhadores que apresentem problemas relativos ao uso de drogas. A seguir, abordou as políticas do MTE para reinserção e recuperação dos dependentes de drogas, no ambiente do trabalho. Ela discorreu sobre a importância de se considerar que as pessoas têm direito a preservar sua dignidade em qualquer situação, ainda que estejam envolvidas com drogas, e informou que o MTE tem estimulado discussões sobre esses temas em suas superintendências, inclusive para apresentar as questões relativas à dependência do *crack* em acordos e convenções coletivas de trabalho, especialmente para traçar ações conjuntas de tratamento e prevenção do uso do *crack*.

A palestrante defendeu que as políticas de reinserção no mercado de trabalho de dependentes de drogas sejam traçadas a partir de discussões amplas coordenadas entre todos os órgãos da União, dos estados e dos municípios. Defendeu também que o tratamento não deva ser repressivo, mas sim preventivo, não promovendo discriminação no universo do trabalho.

A Sra. Zilmara afirmou que, a partir da provocação da Subcomissão Temporária de Políticas Sociais, o Ministério do Trabalho e do Emprego passou a desenvolver ações específicas para combater o uso de drogas, por



53316.11448

meio de políticas públicas de qualificação profissional dos trabalhadores brasileiros, a fim de assegurar a reinserção de dependentes no mercado de trabalho. Segundo ela, o MTE também passou a desenvolver atividades com os empregadores a fim de combater mais efetivamente o uso e a dependência de drogas no ambiente de trabalho, além de utilizar os dados disponíveis sobre o uso de *crack* nas diversas regiões brasileiras, a fim de definir políticas mais precisas para combater esse uso e para acompanhar os usuários.

Por ocasião da apresentação da Sra. Zilmara, fizeram uso da palavra a Senadora Ana Amélia e os Senadores Wellington Dias e Waldemir Moka.

A Senadora Ana Amélia defendeu a integração dos órgãos governamentais para o combate ao uso e ao tráfico de *crack*, considerando a dispersão dessa droga em praticamente todas as regiões, inclusive nos meios rurais, e a definição de ações do MTE no âmbito das centrais sindicais.

O Senador Wellington Dias propôs uma Conferência Nacional para tratar do tema, com a participação da União, dos estados e dos municípios, para definir ações conjuntas de prevenção, combate e tratamento.

O Senador Waldemir Moka, que manifestou preocupação com o uso de drogas nas áreas rurais, defendeu que não se pode tratar do assunto com leis. É preciso tratar de políticas inclusivas, por exemplo, de inserção de usuários no mercado de trabalho, à semelhança do ProJovem, programa que oferece oportunidades aos jovens brasileiros. Pontuou que as ações precisam considerar o trinômio prevenção, tratamento e reinserção.

Sra. Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

A Sra. Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD-MJ), discorreu sobre



as políticas do Estado Brasileiro para o combate ao uso de drogas. Falou das dificuldades impostas pelo tema e afirmou que toda a sociedade e todas as entidades governamentais das três esferas têm responsabilidades nessa área.

Ela tratou da realização de pesquisas sobre o estágio atual da disseminação do *crack* e dos programas de capacitação dos atores envolvidos na prevenção e no combate ao uso de drogas. Essas ações externam o objetivo de se conferir à Senad a capacidade real de coordenação da política antidrogas.

A Sra. Paulina falou da importância das chamadas comunidades terapêuticas para o tratamento de dependentes de drogas, considerando a efetividade e o alcance dos serviços prestados por essas entidades, especialmente em projetos de assistência social e à saúde. Afirmou, com base em pesquisa realizada pela Universidade de Brasília (UnB) e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que 80% do tratamento da dependência química é feito pelas comunidades terapêuticas.

No que se refere ao financiamento público dessas comunidades, ela manifestou preocupação com a existência de poucas vagas e com a necessidade de se estabelecerem regras claras para parcerias com o governo. Seria particularmente relevante a situação de comunidades que prescrevem a obrigatoriedade de participação de serviços religiosos durante os tratamentos, condição com a qual o Estado, laico, não poderia concordar, sob pena de se infringir a Constituição. Para a Senad, não se pode afastar nunca a visão de que o combate ao uso do *crack* é uma política de tratamento de uma doença.

Ressaltou, ainda, que as comunidades terapêuticas vêm recebendo algum financiamento do Ministério do Desenvolvimento Social, mas, como essas instituições surgiram da necessidade de se dar uma resposta ao



sofrimento das pessoas, a maioria não tem recursos físicos e humanos para se adequar às normas de legislação. Apesar de essas instituições receberem financiamento público, afirmou que o que recebem é insuficiente porque, além de abrigar, elas recebem pessoas doentes, e, se se trata de doença catalogada pela OMS, a legislação deve dizer como será o financiamento e como deve ser o tratamento.

A Secretária referiu-se a uma pesquisa que está sendo realizada no Brasil a partir de uma parceria entre a Fiocruz e a Universidade de Princeton. Trata-se da maior pesquisa sobre o *crack* do mundo, tendo por amostragem grande parte do Brasil. Foram feitos investimentos de 7 milhões de reais para se obter um retrato da realidade sobre o uso da droga no País, a fim de se ter a dimensão exata do problema e coordenar os investimentos e as ações de acordo com a gravidade de cada situação.

A Sra. Paulina afirmou, ainda, que o uso de drogas tem impactos em diversas áreas, como a previdência social, a saúde e o mercado de trabalho, o que reclama ações conjuntas entre diversos Ministérios, como o do Desenvolvimento Social e a Secretaria de Políticas para a Juventude. Segundo informou, essas ações estão sendo planejadas em atenção ao compromisso da Presidente Dilma Roussef de combater efetivamente o uso do *crack* e das demais drogas, considerando-se especialmente a importância de se assegurarem a qualificação e a reinserção social dos usuários, extremamente necessária para que abandonem o uso de drogas.

Asseverou, ainda, que uma área a que se deve dar a devida atenção é a questão do tratamento dos usuários de drogas. Afirmou que urgente se faz a ampliação da rede de tratamento, considerando nesse âmbito as vagas disponíveis pela comunidade terapêutica, bem como aquelas disponíveis pela



rede pública.

A palestrante afirmou que o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, instituído pelo Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, já prevê muitas ações que precisam ser efetivadas no âmbito dos diversos órgãos federais, sendo, para tanto, necessária a atuação do Legislativo, seja para ampliar o orçamento, seja para aperfeiçoar a legislação que trata do assunto.

A Sra. Paulina falou, ainda, sobre o edital lançado pelo Governo Federal para financiar comunidades terapêuticas por meio do Fundo de Saúde. Ressaltou que não foi citada no edital a Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 2001, como critérios para adequação desses institutos. Informou que foram oferecidas 2.500 vagas para financiamento no período de doze meses, e, no entanto, só foram preenchidas 985 vagas, justificando que isso ocorreu porque os municípios não apresentaram os projetos elencados nos editais.

Salientou que havia item do edital que dizia claramente que não se podia obrigar uma pessoa a assistir a atividades religiosas, o que, afirmou, é constitucional, por não poder haver financiamento público a qualquer religião.

A palestrante afirmou que a comunidade terapêutica deve trabalhar de maneira articulada com o sistema de assistência social e o sistema de saúde, de modo que o dependente químico seja encaminhado por uma unidade de saúde à comunidade terapêutica e que esta faça uma ligação com a unidade de saúde e com os CRAS, para a reinserção social do indivíduo, recebendo escolarização e profissionalização.

Sr. Oslaim Campos



O Sr. Oslaim Campos, Diretor de Combate ao Crime Organizado da Polícia Federal, explicou que a maconha e a cocaína são as drogas que mais despertam a preocupação da Polícia Federal. Ele apresentou diversos dados sobre a disseminação dessas drogas no País, demonstrando, por exemplo, que a maior parte da maconha vem dos Estados de Pernambuco, Bahia, Maranhão e Pará e também do Paraguai. Já a cocaína vem principalmente da Colômbia, do Peru e da Bolívia, os três maiores países produtores do mundo. A cocaína e o *crack* têm previsão de consumo de 7 a 10% da população, na faixa etária de 15 a 64 anos.

O palestrante apresentou dados sobre o tráfico internacional de drogas na América do Sul e nas fronteiras com o Brasil, demonstrando preocupação com o enfrentamento ao tráfico nesses locais. Segundo ele, a Polícia Federal tem feito um mapeamento do ingresso de drogas no País, por terra, por água e pelo ar, a fim de planejar ações estratégicas de combate. Mas o Brasil enfrenta grandes dificuldades, particularmente nas fronteiras secas, como a de Mato Grosso, onde o patrulhamento ostensivo é mais complicado, já que há grandes extensões que reclamam a atenção do órgão. Considerou também que a fronteira do Paraguai é uma porta de entrada de cocaína boliviana e colombiana, maconha, tráfico de armas e contrabando.

Diante dessas dificuldades, as estratégias de enfrentamento incluem investimentos em tecnologia e em ações de combate ao crime organizado. Assim, tem sido feita a ampliação dos efetivos nas fronteiras, aos quais se tem dado prioridade na destinação de materiais e de recursos humanos.

O Sr. Oslaim citou, por exemplo, a tecnologia do recém adquirido Veículo Aéreo Não Tripulado (VANT); o Projeto Pequi (Perfil Químico das Drogas), que, a partir de análises químicas da cocaína, fornece dados sobre a



53316.11448

origem das suas matérias-primas e sobre a distribuição da droga pelo território nacional, ampliando as prisões de traficantes; e o Centro Integrado de Inteligência Policial e Análise Estratégica (CINTEPOL), que traça ações de inteligência e de tratamento dos dados armazenados pela Polícia Federal.

A Polícia Federal tem investido ainda em ações de combate às organizações criminosas envolvidas com o tráfico de drogas utilizando técnicas de investigação para desarticular essas organizações e inviabilizá-las economicamente, ao se atingir o patrimônio dos envolvidos e de seus financiadores. Para tanto, a utilização dos bancos de dados é muito importante, para que se faça a identificação dos envolvidos e se neutralizem as organizações. A Polícia Federal também usa técnicas tradicionais de investigação, embora com novas tecnologias, por exemplo, no caso de interceptações de comunicações telefônicas, além do incentivo à delação premiada.

O Sr. Oslaim apresentou dados sobre a chamada Operação Sentinela, de patrulhamento das fronteiras. Ele falou da importância de ações conjuntas entre a Receita Federal, as Forças Armadas, as Polícias de Fronteira e as Polícias Estaduais. Comentou também sobre a importância de parcerias com os países fronteiriços, como Paraguai, Peru e Bolívia, inclusive com auxílio financeiro e operações policiais conjuntas. Informou que o Brasil tem feito até mesmo acordos com esses países por meio do Ministério das Relações Exteriores, para possibilitar o prosseguimento de investigações em seus territórios.

Foram apresentadas informações sobre as operações da Polícia Federal e sobre as apreensões de drogas e insumos, como a pasta base para cocaína. Também foram feitas referências à situação do Brasil como um país de



trânsito no tráfico de drogas para a Europa, o que demanda atividades coordenadas entre a Polícia Federal, as autoridades aeroportuárias e os órgãos de controle do espaço aéreo (Cindacta). Tais atividades já teriam até mesmo possibilitado várias interceptações de aviões e houve significativo volume de apreensões.

O Sr. Oslaim teceu considerações ainda sobre os efeitos do desenvolvimento e do aumento do poder aquisitivo da população para comprar drogas. Para ele, a nova realidade brasileira impõe a adoção de novos métodos de prevenção e de combate ao tráfico e ao uso de drogas. Defendeu a necessidade de o Brasil aprimorar a cooperação internacional e aprimorar a cooperação com as instituições brasileiras. Ressaltou, ainda, a necessidade de se aperfeiçoar a legislação em temas como a lavagem de capitais e a alienação de bens de traficantes, a fim de tornar mais efetivas as ações das autoridades brasileiras no combate ao tráfico.

Respondendo ao questionamento da Senadora Ana Amélia sobre por que o consumo de maconha é maior do que o de *crack*, se houve aumento das apreensões da maconha vinda do Paraguai, o Sr. Oslaim Campos informou que houve a erradicação da maconha apreendida já no território paraguaio. Além disso, ressaltou a Operação Sentinela, uma operação conjunta da Polícia Federal, da Receita Federal, da Polícia Rodoviária Federal, da Força Nacional, num trabalho de patrulhamento ostensivo.

Quanto ao efetivo da Polícia Federal para as áreas de fronteira, informou que a Polícia Federal tem efetivo de 11.500 policiais, com quadro de 15.000 cargos, e, desse efetivo, 980 policiais trabalham na região de fronteira. Comentou, nessa ocasião, que, se fosse dobrado o efetivo nessa região, haveria a quadruplicação da apreensão de drogas no Brasil.



53316.11448

Sra. Doralice Nunes Alcântara

A Sra. Doralice Nunes Alcântara, Secretária de Assistência Social e do Trabalho de Ponta Porã/MS, discorreu sobre as políticas de combate ao *crack* na cidade de Ponta Porã, no Mato Grosso do Sul. Ela se referiu aos pressupostos fixados pela chamada reforma psiquiátrica, que trata a dependência do *crack* como uma doença, mas alertou que, muitas vezes, ela não pode ser combatida apenas com o tratamento ambulatorial, devendo ser incluído no tratamento o acompanhamento à família do dependente, que, frequentemente, necessita da ajuda da assistência social para manter o seu ente no ambiente familiar.

No que se refere às ações de reinserção social de dependentes químicos, a palestrante alertou para a necessidade de atenção especial a essas pessoas, de acordo com as particularidades da situação em que se encontram, já que, por exemplo, não é adequado que um dependente receba qualificação para ser garçom.

Para a Sra. Doralice, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas depende de ações em todas as esferas. Ela elogiou a União pela legislação e pela capacitação de agentes envolvidos em programas de prevenção e tratamento da dependência química, mas defendeu que essas ações devam se dar no âmbito de Estados e Municípios, com os meios e os recursos adequados às peculiaridades de cada local.

No caso do Município de Ponta Porã, existem ações coordenadas com as autoridades paraguaias, já que a cidade é conurbada com a cidade de Pedro Juan Caballero, sendo ambas divididas por uma rua apenas. O combate ao tráfico naquelas cidades é ainda mais difícil, porque, além de ser uma área de



53316.11448

fronteira, ainda se dá no ambiente urbano.

A Sra. Doralice defendeu ainda a atuação do CRAS, particularmente nas situações de desarticulação familiar que favorecem o surgimento da dependência de drogas e reclamam assistência social diferenciada. Ela apresentou dados sobre os tratamentos para dependência oferecidos pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Ponta Porã, atentando para o fato de o município atender muitos paraguaios. Também foram apresentadas informações sobre a reinserção social de pacientes.

A Sra. Doralice defendeu a atuação das comunidades terapêuticas. Segundo ela, a política de assistência social do Estado do Mato Grosso do Sul financia essas entidades, porque são importantes aliadas no tratamento de dependentes. Citou a Resolução nº 101 da Anvisa, que regulamenta como deve ser o tratamento da dependência química. Na ocasião, ressaltou que não há organização das comunidades terapêuticas para atender à legislação e às necessidades da comunidade, em razão da falta de financiamento, e a exigência de capacitação do governo é um eterno vai e volta, porque, se não tem financiamento, não está adequada, e não está adequada porque não recebe financiamento público.

A Sra. Doralice defendeu a necessidade de integração dos serviços de saúde com os de assistência social, uma vez que, na legislação dos serviços de saúde, há norma que prescreve que uma das formas de cuidado da dependência química é a residência terapêutica, e, portanto, um dos caminhos para o cuidado com os dependentes de drogas passa, sim, pelas comunidades terapêuticas, que, muitas vezes, estão impedidas de receber financiamento público e não têm fontes de financiamentos próprios.

Por fim, ela defendeu também a importância de se implementarem as



ações previstas no Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, e de se fortalecerem as ações de combate ao tráfico na fronteira.

Fizeram uso da palavra, por ocasião da apresentação da Sra. Doralice, a Senadora Ana Amélia e o Senador Waldemir Moka, que discorreram sobre a importância de ações de prevenção e de tratamento da dependência química no âmbito municipal e sobre as dificuldades de atuação nos municípios fronteiriços, agravadas pela ausência de recursos. Sugeriu-se a possibilidade de consórcios entre os municípios, para tornar mais efetivas essas ações. Tratou-se da importância das comunidades terapêuticas e da necessidade de se intensificar o combate ao tráfico nas fronteiras.

A Senadora Ana Amélia informou que irá apresentar, para inclusão nos acordos fronteiriços do Mercosul, proposta de repartição de recursos para o compartilhamento de responsabilidades para o tratamento dos dependentes e para ações de prevenção ao *crack*.

O Senador Waldemir Moka mencionou o fato de as vagas do edital lançado pelo Governo Federal para financiamento das comunidades terapêuticas não terem sido preenchidas. Ressaltou que comunidades terapêuticas de quatro estados alegaram que, de alguma forma, o edital dá a entender uma proibição da metodologia que adota as terapias de fé para o tratamento. Informou ainda que essas comunidades pediram que o edital fosse alterado, para o Ministério Público não pedir depois a anulação do edital.

Sr. Roberto Tykanori Kinoshita

O Sr. Roberto Tykanori Kinoshita discorreu sobre as dificuldades que o uso e a dependência de drogas, particularmente o *crack*, impõem aos agentes do Estado nos três Poderes. No Ministério da Saúde, ele afirmou que as preocupações com o *crack* remontam ao ano de 2003, a partir da implantação



dos instrumentos da chamada Reforma Psiquiátrica, com a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. As ações do governo nesse processo voltaram-se para a estruturação geral da assistência à saúde mental no Brasil e incluíram o objetivo de se traçarem políticas públicas de combate ao uso de álcool e de outras drogas, como o *crack*.

No que se refere ao uso e à dependência do *crack*, o Sr. Roberto Kinoshita afirmou que esta é uma droga que reclama atenção especial, diante da gravidade desse problema na sociedade atual, que conta com ampla divulgação das suas consequências pelos meios de comunicação. O palestrante alertou, contudo, para o fato de que a visibilidade do problema pela mídia, no caso do *crack*, não corresponde ao seu real alcance na sociedade, sobretudo porque o uso de álcool tem um impacto muito maior, com consequências bem mais sérias do que aquelas provocadas pelas demais drogas. O Sr. Roberto Kinoshita advertiu que o álcool tem um custo econômico “infinitamente superior” para o País, principalmente com o tratamento das doenças causadas pela bebida e com a violência que ocorre no trânsito por causa dele.

Para o Sr. Roberto, não se deve minimizar o problema do *crack*. O alerta é para o fato de que a visibilidade do *crack* pode trazer “efeitos psicossociais” sobre a população. É que a exposição do problema aumenta o medo e a insegurança da população, modificando a visão de que os usuários e os dependentes devem receber tratamento. Essa situação pode levar à defesa de soluções pela força, desconsiderando os direitos dessas pessoas. O Sr. Roberto defende que o Estado aja sem provocar o alarme da população, mas de forma propositiva, de modo a buscar soluções efetivas para o problema. É, portanto, uma adequação do discurso, que concilie as ações de tratamento e o



cuidado dos usuários de drogas com a garantia dos seus direitos.

O Sr. Roberto informou que o Ministério da Saúde está preparando um plano de combate às drogas, de longo prazo, que envolve a ampliação da cobertura da rede de assistência em saúde mental, álcool e drogas e a criação de serviços alternativos de reintegração dos usuários à vida social. É necessária uma atenção especial no período pós-tratamento, a fim de se evitar o retorno dos usuários ao uso de drogas e de se assegurar que tenham condições dignas para se manterem distantes dessa realidade. As ações do Governo Federal nessa área ainda estão sendo formatadas, e o Sr. Roberto esclareceu que o governo tem todo o interesse de obter a colaboração de todos os agentes que tratam da atenção a usuários e dependentes de drogas no Brasil.

Quanto às técnicas utilizadas para o tratamento de dependentes químicos, o Sr. Roberto ponderou que os estudos revelam que qualquer técnica que se adote proporciona a cura em 25% dos casos, incluindo, nesse percentual, a recusa a qualquer tipo de tratamento, do que concluiu que o não tratamento *versus* o tratamento quase que se equivalem. Apesar dessa conclusão, afirmou que se deve tentar as melhores formas possíveis de tratamento para dependência química.

Demonstrou preocupação com o fato de que, após o tratamento, a parcela de usuários que se cura volta para o seu estilo de vida original, que leva a um ciclo de reincidências e novos tratamentos. Pensando nisso é que o Ministério da Saúde vem buscando uma estratégia de tratamento para que a pessoa dependente não retorne ao seu ambiente original e possa ter a possibilidade de construir uma nova vida num espaço alternativo.

Ressaltou que ainda não há respostas prontas a dar à questão da



dependência química. O que há, no âmbito do Ministério da Saúde, são propostas em construção a serem apresentadas posteriormente.

Questionado pela Senadora Ana Amélia se haveria uma ausência de programas do Governo Federal para o tratamento da dependência química, já que parece estar sendo criado um plano a partir do zero, o Sr. Roberto afirmou que o governo já desenvolve diversas ações, mas que está modificando conceitos e traçando metas distintas para esses programas. Segundo afirmou, o paradigma da assistência aos dependentes tem sido mudado para se incluir também a atenção social a essas pessoas.

Respondendo à Senadora Ana Amélia, que questionou se o tema dependência não deveria estar inteiramente subordinado ao Ministério da Saúde, o Sr. Roberto afirmou que recentemente houve uma alteração na estrutura do governo, de modo que a Secretaria Nacional Antidrogas passou do Gabinete de Segurança Institucional para o Ministério da Justiça, alteração motivada pela filosofia de que a abordagem do problema das drogas não se pode dar pela força, mas pela atenção aos usuários e aos dependentes, com garantia dos seus direitos. Para ele, é necessário manter a Secretaria em funcionamento, mais do que simplesmente se promover o tratamento no âmbito dos programas de saúde, porque as suas estratégias de atuação são distintas. Além disso, o uso de drogas tem atingido a população em situação de vulnerabilidade social, diante do preço cada vez mais baixo das drogas. Nesse sentido, as ações do governo devem ser intersetoriais, pensadas para médio e longo prazo.

Quanto às comunidades terapêuticas, o Sr. Roberto afirmou que o Ministério da Saúde reconhece a grande contribuição dessas entidades à sociedade brasileira. No que se refere aos tratamentos por elas oferecidos, o



Sr. Roberto alertou para o fato de ser fundamental preservar a voluntariedade dos pacientes quando se submetem a eles, além de se respeitar a sua liberdade religiosa. Ponderou também sobre a necessidade de desenvolvimento de projetos de estabilização, nos quais as pessoas possam, ao mesmo tempo em que são tratadas, ter atividades diferenciadas, de forma que não retornem para o ambiente original.

O Sr. Roberto defendeu que o Ministério da Saúde considera múltiplas formas de tratar o problema da dependência química, sem advogar que um determinado modelo seja considerado o melhor de todos, único e acabado. Para ele, é preciso haver planejamento para se adotarem os mecanismos mais adequados a cada realidade, com avaliação constante, inclusive para se definirem mudanças no plano de combate ao uso e à dependência de drogas. Concordou que a rede de atendimento precisa crescer, em número de leitos e em números de CAPS, em todos os serviços oferecidos pela rede pública de atendimento.

O Sr. Roberto reafirmou o objetivo do Governo Federal de traçar um amplo programa de combate às drogas, em todas as esferas de governo, com a colaboração da sociedade e com uma visão realista do problema. Em relação aos cuidados clínicos que o uso de drogas reclama, ele reafirmou o propósito de ampliação da rede de tratamento e de capacitação de um grande número de profissionais que trabalham no sistema. Afirmou que é preciso ter uma atenção técnica ao problema, com a formação de pessoal, e uma atenção ética, a fim de se combater a discriminação dos usuários e dos dependentes que buscam o tratamento no serviço público. Ele também afirmou que os programas de treinamento do Ministério têm se valido de tecnologias novas, para se conferir maior eficiência às ações desenvolvidas. Esclareceu



novamente que o governo também tem uma atenção especial ao álcool, por considerá-lo uma porta de entrada para as demais drogas e também em virtude dos grandes malefícios gerados por essa droga no Brasil.

Passou a citar experiências de descriminalização de drogas levadas a efeito na Suíça e em Portugal, as quais adotaram uma política de redução de danos e tiveram como efeito a redução do consumo de drogas. Quanto à experiência da descriminalização da droga em Portugal, ressaltou o Sr. Roberto que a droga não foi liberada, o que houve foi a imputação de uma infração civil imposta ao usuário de qualquer tipo de droga. Ao mesmo tempo, houve oferta de tratamento e expansão da rede de cuidados em todo o país.

Respondendo à questão do Senador Wellington Dias a respeito da qualificação de profissionais para atender nos prontos-socorros, o Sr. Roberto afirmou que há dificuldade de reunião de pessoal em razão da complexidade de agendas, uma vez que médicos de pronto-socorro trabalham por turnos, e há nesse treinamento um desafio de logística. Além disso, chamou atenção para o fato de o treinamento, além de visar ao aprimoramento técnico, buscar também qualificar os profissionais para a não discriminação de pacientes, principalmente aqueles que são bêbados ou drogados.

Pontuou que a questão da emergência na área de saúde mental, álcool e drogas não é muito estudada nas universidades, porque academicamente não dá projeção. Desse modo, avaliou que um programa de qualificação profissional deve contar com aqueles profissionais que se dedicam à tarefa de atender pacientes nos diversos prontos-socorros do País. Ressaltou que, para esse treinamento, o Ministério da Saúde irá planejar e buscar os recursos.

Informou o Sr. Roberto que faltam profissionais psiquiatras no Brasil,



e, por isso, o Ministério da Saúde pretende buscar novas formas de abordagem que não dependam da formação de profissionais especializados, de modo que se intensifiquem as qualificações da área técnica de saúde mental com atenção primária.

Respondendo à pergunta do Senador Wellington Dias sobre o Ministério mais adequado para financiar as comunidades terapêuticas, informou o Sr. Roberto que o Ministério da Saúde não tem intenção de levá-las para o sistema sanitário, porque isso traria o engessamento do atendimento dessas comunidades, o que desvirtuaria a técnica de tratamento utilizada por elas, que abrange empenho, investimento e dedicação.

Quanto à pergunta feita pelos Senadores se está havendo aumento do consumo de drogas, o Sr. Roberto afirmou que há pesquisas dando conta de que há a redução do uso de drogas entre estudantes, embora o número de diagnósticos de uso de drogas venha aumentando, ao que ele justificou com o crescimento da rede pública de atendimento de saúde. Concluiu, então, que o fato de haver mais registros não implica aumento do uso de drogas. Pode ser apenas que agora se esteja retratando melhor o que sempre ocorreu.

Ponderou também que um método de prevenção muito usado é levar a informação àqueles que estão na escola. No entanto, aqueles que não estão frequentando a escola não recebem qualquer tipo de prevenção, de informação. Desse modo, pontuou que seria importante também levar a informação às crianças que estão fora da escola por falta de vagas, e, principalmente, atuar no sentido de que todas as crianças pudessem entrar na escola e lá pudessem permanecer.

O Senador Eduardo Amorim discorreu sobre a necessidade de se resolver o problema das drogas, especialmente nas grandes cidades, onde a



situação recebe uma grande visibilidade, já que os usuários costumam ficar aglomerados em regiões urbanas, de forma degradante. No que se refere aos tratamentos, o Senador manifestou sua preocupação com a fase posterior, de reinserção dos dependentes na sociedade, e com a falta de leitos e espaços adequados voltados especificamente para a dependência química. Defendeu a adoção de um programa amplo, de recuperação de dependentes e de sua inserção na sociedade, buscando-se um modelo ideal, que concilie tratamentos médico-hospitalares e ações assistenciais.

Ponderou o Senador Eduardo Amorim que, muitas vezes, as comunidades terapêuticas não preenchem todos os requisitos exigidos pela lei ou pelo SUS, e, conseqüentemente, não recebem qualquer financiamento do sistema público. Daí porque essas instituições passam a ter outros parceiros que acabam ajudando de forma filantrópica, enquanto o Estado, que deveria ser o principal financiador, acaba se eximindo da sua obrigação.

O Senador Wellington Dias informou que, em 2009, houve a apresentação de emenda pela bancada do Piauí para políticas públicas de tratamento de drogas no Ministério da Saúde. No entanto, não houve empenho dos parlamentares, sob o fundamento de que não havia um desenho de uma política clara do Ministério sobre esse tema.

Alertou também o Senador Wellington Dias para a falta de profissionais capacitados, no sistema de saúde, para atender aos usuários e aos dependentes de *crack* e de outras drogas. Ele elogiou o fato de o problema receber uma atenção especial na atualidade, mas questionou a carência de recursos específicos para as ações nesse sentido e discorreu sobre as estratégias de combate às drogas, nas mais diversas frentes, tanto na legislação, quanto nas ações concretas do governo nesse sentido.



53316.11448

Defendeu o Senador Wellington Dias a instituição de centros de atendimentos com profissionais qualificados para atender dependentes de álcool e de drogas e a utilização por esses centros de equipamentos modernos para o atendimento dessas populações.

Comentou o fato de a legislação brasileira ser agora parecida com a de Portugal, com a diferença de que o Brasil manteve como crime quem é pego com certa quantidade de drogas e ressaltou que, até para a liberalização, é preciso haver alternativas para essas pessoas, é preciso haver condições de tratamento. Ponderou que, no caso da liberação, se, por um lado, há a diminuição do tráfico, por outro há o aumento do consumo e, ainda, o aumento do consumo em faixas etárias mais baixas.

Mencionou relatos acerca de países que liberaram o uso de drogas que dão conta de que muitas pessoas deixaram de usar drogas simplesmente pelo fato de ter perdido a aura de fato proibido, e são justamente essas pessoas que, segundo o Senador, estão nas pesquisas de consumidores de drogas, mas que, no entanto, não se consideram dependentes, apenas usuários.

A Senadora Ana Amélia ressaltou a dimensão ética que perpassa todas as estratégias de combate ao uso de drogas e de tratamento dos usuários e dependentes. Ela reafirmou a necessidade de se ampliar a oferta de vagas no sistema público de saúde, bem como de se promover uma capacitação mais efetiva dos profissionais desse setor, além de se expandirem as políticas públicas com foco na prevenção do uso e da dependência, sobretudo entre os jovens e os adolescentes.

Sr. Mano Changes (nome artístico e parlamentar do Sr. Diogo Paz Bier)

O Sr. Mano Changes, Deputado Estadual do Rio Grande do Sul e



músico, disse acreditar que a escola deve ser um ambiente atrativo, que desperte a sede do conhecimento, capaz de transformar a realidade e permitir a inclusão social no País.

Ele informou que, quando foi criado em seu estado o comitê de luta contra o *crack*, coube à Comissão de Educação da Assembleia Legislativa, então presidida por ele, trabalhar a prevenção nas escolas, o que foi visto como um desafio, já que se tratava de um assunto difícil de ser trabalhado, especialmente com o objetivo de transformar os jovens em agentes multiplicadores.

O Deputado destacou a importância de desenvolver esse trabalho em rede, de forma multidisciplinar e transversal. Para ele, o alicerce desse processo é a educação integral, que permite trabalhar a prevenção, com participação de todas as secretarias voltadas à inclusão social e ao desenvolvimento tecnológico. Com base nisso, foi criada a Subcomissão de Educação Integral e a Subcomissão Internet para Todos. Considerou-se que a inclusão digital, assim como a cultura e o esporte, são ferramentas fundamentais para prevenir o uso de *crack*. Também houve preocupação com o ingresso de jovens no mercado de trabalho, cujo maior obstáculo é a falta de experiência, havendo entendimento de que o que pode nivelar essa falta de experiência é a maior facilidade que o jovem possa ter de assimilar novas tecnologias. O Deputado enfatizou a importância do investimento em tecnologia, observando que o setor primário contribui com cerca de 50% do PIB do Estado do Rio Grande do Sul, e o faz por causa dos investimentos em tecnologia.

No que se refere à abordagem do tema entre os jovens, o Deputado informou que, considerando os aspectos culturais e comportamentais, o



trabalho envolve a utilização de músicas e poesias, de forma a ser criado um ambiente atrativo. Ele afirmou ter visitado mais de trezentas escolas do seu estado, estimulando, em suas palestras, que os jovens façam poesias falando mal do *crack*, por meio de uma música que tem um refrão nesse sentido. Tais palestras teriam atingido mais de cem mil jovens no Estado do Rio Grande do Sul, tendo alcançado também Santa Catarina e outros estados. As poesias feitas pelos alunos são transformadas em músicas. Segundo o Deputado, esse ambiente atrativo amplia a preocupação dos jovens e multiplica as mensagens repassadas.

O Deputado Mano Changes defendeu que a prevenção deve se dar no âmbito familiar, com planejamento, e na escola, que deve ser um ambiente que desperte a sede do conhecimento. E é necessário agir de forma cautelosa. Ele afirmou, por exemplo, que não se pode dizer a um jovem que o *crack* mata, pois essa informação será facilmente contestada, quando esse jovem, na rua, perceber outro jovem fumando *crack* e não morrendo instantaneamente. É preciso demonstrar que o que mata é a violência gerada pelo *crack*. O Deputado afirmou que até 55% das mortes provocadas pelo *crack* estão relacionadas à violência e ao enfrentamento, 25% à aids e somente 8% são causadas por overdose. Isso ocorre porque um dependente chega a fumar trinta pedras por dia, o que pode levar a um gasto mensal de cerca de R\$ 4,5 mil, tornando a pessoa escrava da pedra. O dependente deixa de estudar, de trabalhar e de produzir para a sociedade, causando, inclusive, prejuízos para a família. E esse comportamento do usuário acaba gerando toda a violência, responsável pela morte de cerca de seis jovens por dia somente no Estado do Rio Grande do Sul, o que é o dobro do número de mortes causadas pelo trânsito. A situação é mais grave quando se observa que o número de usuários



de *crack* no Brasil é de pelo menos 1,5 milhão de pessoas.

Diante desse quadro, o Deputado entende que a única solução possível é a prevenção, orientando-se os jovens a dizerem não à proposta de experimentarem a droga. Ele demonstrou satisfação com fato de os veículos de comunicação, particularmente no Rio Grande do Sul, terem abraçado a campanha, o que possibilita que os jovens já tenham maior conhecimento sobre os efeitos maléficos da droga. Mas alertou para a necessidade de resolver os problemas da violência social, especialmente pelo processo de banalização da vida, gerado pelo *crack*.

Para o Deputado, é preciso entender a disseminação do *crack* como uma epidemia, uma doença social. Mas no que se refere ao tratamento, afirmou que um dos grandes gargalos é a falta de critérios para destinação de verbas públicas para clínicas terapêuticas. Tais critérios, para o Deputado, precisam ser bem definidos.

O Deputado Mano Changes defendeu que os impostos gerados pelas drogas lícitas sejam usados para o combate ao uso de drogas. Ele considera necessário proibir a veiculação de propaganda desses produtos. Defendeu ainda investimentos em inclusão digital, no âmbito das escolas, para torná-las mais atrativas, por considerar imprescindível que haja mais estímulo aos jovens, com acompanhamento e participação dos pais, em um ambiente multidisciplinar. Também o esporte é fundamental para ocupar as crianças e os jovens, evitando que fiquem no ócio.

Como Presidente da Comissão do Mercosul da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, o Deputado informou que pretende fazer um fórum internacional sobre o enfrentamento do *crack*, solicitando a participação da Subcomissão do Senado Federal. Ele alertou para o fato de a cocaína, da qual



o *crack* é um subproduto, vir de países vizinhos, considerando imprescindível a discussão de políticas de unificação com esses países, bem como o tratamento adequado da situação das fronteiras, além de uma maior sintonia entre o Senado e a Câmara dos Deputados na formulação de políticas de combate ao *crack*.

No que se refere à forma de enfrentamento do *crack*, o Deputado afirmou ser mais eficaz a adoção de tratamentos em clínicas terapêuticas, que pode custar menos de um terço do que custa cada pessoa no sistema prisional, no qual os presos ficam expostos a condições que estimulam a criminalidade e a violência.

Quanto ao debate sobre o *crack*, o Deputado Mano Changes afirmou que é preciso entender por que essa droga causa tanta dependência e devastação social. Defendeu a criação de redes comunitárias de solidariedade capazes de mobilizar e organizar a sociedade. Ele considera que nesse processo o orientador espiritual é fundamental e que não se pode pensar que o Estado é capaz de resolver o problema sozinho. A sociedade deve participar, o que evidencia a necessidade de agentes multiplicadores. Há dificuldades na capacitação desses agentes multiplicadores, especialmente para que possa se comunicar com jovens e adolescentes, de forma atraente.

O Deputado discorreu sobre aspectos comportamentais muito observados na sociedade e que precisam ser modificados. Ele observou, por exemplo, que muitas vezes o consumo de álcool e drogas é associado à diversão e a relacionamentos, o que leva pessoas a dirigirem depois de ter bebido. Para ele, é preciso mudar esses conceitos, para que os jovens percebam que o consumo de substâncias químicas não é necessário.

Após agradecimentos aos parlamentares e aos demais participantes da



audiência, o Deputado Mano Changes encerrou a sua participação com o “rap contra o *crack*”, intitulado “*Diga não à violência*”.

O Senador Eduardo Amorim discorreu sobre os efeitos destrutivos das substâncias químicas no organismo humano, na alternância de prazer e depressão, observando que o corpo humano não foi preparado para receber agressões desse tipo, causadas pela própria pessoa. Isso ajuda a compreender as dificuldades de recuperação de um dependente de drogas. Por essa razão, ele defendeu o enfoque em prevenção, com estratégias que se valham de atividades prazerosas e atrativas, como a música, a educação, a cultura e o fortalecimento dos princípios familiares, que funcionem como mecanismos de defesa e de repulsa às drogas.

O Senador também defendeu uma repressão firme e rigorosa ao tráfico de drogas, afirmando que não podem permanecer livres aqueles que comercializam tais produtos ilícitos, causando morte e destruição de famílias.

Por fim, sugeriu que a Subcomissão proponha mecanismo para se flexibilizar a liberação de recursos do SUS ou de outras fontes para as entidades que trabalhem com a recuperação de dependentes, de forma séria e comprometida. Para o Senador, não se deve admitir o excesso de formalismos e de burocracia. Ele sugeriu que a Subcomissão faça contatos com o Ministério da Saúde e, se necessário, proponha as alterações legislativas que permitam a flexibilização dos repasses de recursos, inclusive com a modificação dos chamados “princípios do Sistema Único de Saúde”.

A partir de questionamento do Senador Wellington Dias, o Sr. Mano Changes discorreu sobre a necessidade de preparação da família e dos ambientes que receberão o dependente após a sua internação, para que sejam evitados casos como os de dependentes que voltaram a usar drogas muito



pouco tempo depois de saírem de clínicas de recuperação. Por isso, é imprescindível que as clínicas façam um diagnóstico sobre se as famílias têm condições de receber os dependentes após o tratamento e de auxiliar no processo de controle da compulsividade a que eles ficam sujeitos. É preciso ainda trabalhar com a autoestima do indivíduo, para que ele tenha condições efetivas de retornar ao convívio social e se manter longe do vício.

II Médicos

Sr. Carlos Vital Tavares Correia Lima

O Sr. Carlos Vital Tavares Correia Lima, Presidente em exercício do CFM, apresentou dados históricos sobre o *crack* e a forma como essa droga tem se disseminado por todo o Brasil. Partindo do pressuposto de que a dependência caracteriza uma doença, ele defendeu a realização de levantamentos epidemiológicos fidedignos, que subsidiem a definição de políticas públicas adequadas de combate à droga. Constatou, contudo, que ainda não existem dados nacionais atualizados sobre o número de vítimas e o perfil dos usuários no País, embora haja um levantamento amplo em curso, que deve ser concluído ainda em 2011.

O palestrante apresentou dados de pesquisa realizada em 2005 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), que funciona no Departamento de Psicobiologia da Unifesp. Estima-se que até 1,2% da população brasileira possa ser usuária de *crack*, número maior do que aquele constatado em 2005, em torno de 0,5 a 0,7% da população. Esse levantamento busca apurar dados sobre todas as drogas, inclusive o álcool, que alcança até 49% da população. Informou que as estimativas feitas pelas universidades federais do Rio de Janeiro, com base no censo do IBGE,



indicam 1,2 milhão de usuários de droga no País. O início do uso de drogas se dá geralmente aos 13 anos de idade.

O Sr. Carlos Lima pediu que se dê mais atenção aos aspectos éticos e morais do problema do uso de drogas, especialmente quando se considera a violência dele decorrente. No que se refere às estratégias de combate às drogas, ele propôs uma reflexão sobre a pertinência de se manter a Senad ligada ao Ministério da Justiça e questionou se não seria o caso de mantê-la na esfera do Ministério da Saúde ou da própria Presidência da República.

Ele também propôs uma ponderação sobre o orçamento proposto para o combate ao tráfico de drogas e questionou se seria suficiente para assegurar todas as atividades necessárias, elencando algumas prioridades nessa área, como a ação policial e a assistência médica e social aos dependentes. Defendeu ainda a criação de setores de inteligência nos órgãos policiais e o preparo da polícia para que lide com o problema de forma humanitária.

Em relação à assistência, defendeu a formação de uma rede ampla que a promova, tendo por instrumentos relevantes os CAPS, com médicos especializados, a psicoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) e a capacitação de recursos humanos nos setores de atendimento imediato (urgências, emergências e programas de saúde da família). Também mencionou ações que favoreçam a inclusão social, como projetos de escolas integradas inclusivas e programas de economia solidária.

Para o palestrante, no entanto, tais ações não podem ficar a cargo exclusivo do Estado, dependendo de colaboração da sociedade civil. Cabe ao Estado assegurar o financiamento adequado dos projetos, com ações conjunturais e planejadas, para que se reverta uma situação de verdadeira desassistência social e à saúde, que leva a situações de grande injustiça social.



Questionado pela Senadora Ana Amélia se, depois da realização do Seminário *Crack: Construindo um Consenso*, houve algum consenso relativo a essa matéria, o Sr. Carlos Vital afirmou que o consenso a ser construído passa pela superação dogmática e pelo privilégio de se dar amor, utilizando, para tanto, a metodologia e a racionalidade científica para o alcance desejado por todos, porque não há como separar o corpo do espírito.

Sr. José Luiz Gomes do Amaral

O Sr. José Luiz Gomes do Amaral, Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), referiu-se ao papel da entidade por ele presidida na luta contra o tabagismo, que levou a uma mobilização de toda a sociedade. Essa mobilização, segundo ele, é que pode levar ao êxito o combate às demais drogas, com o estabelecimento de políticas enérgicas em todo o País.

O Presidente da AMB referiu-se à dependência como uma doença grave, crônica e de tratamento longo e difícil. Um grave problema de saúde pública, portanto. Segundo ele, a Associação está instalando uma comissão de controle do uso de álcool e de outras drogas, presidida pelo Professor Ronaldo Laranjeira. As estratégias previstas devem considerar a necessidade de proteção aos cidadãos, aos usuários e às famílias dos usuários, por meio de ações múltiplas, que demandam tempo e investimentos e que devam contar com a participação de amplos setores da sociedade, inclusive entidades religiosas de amparo a dependentes.

A AMB defende o aumento da taxaço do tabaco e do álcool, direcionando os recursos daí obtidos para ações de combate às drogas em geral, a partir, também, de um reforço do orçamento do Ministério da Saúde. É necessária uma integração entre todos os agentes públicos, para que os



usuários possam ser encaminhados aos serviços de saúde, onde devem ser monitorados.

O Sr. José Luiz Amaral discorreu sobre a necessidade de os tratamentos dos pacientes incluírem projetos de reinserção social, seja na escola, seja no trabalho, com ações de qualificação profissional voltadas especialmente para os jovens. É necessária ainda uma parceria entre o Poder Judiciário e o sistema de saúde, para que não se parta para a criminalização pura e simples dos usuários, com aplicação da pena de prisão. É preciso regionalizar os serviços assistenciais, com a participação dos CAPS, dos ambulatorios, dos hospitais-dia, dos prontos-socorros de psiquiatria, das enfermarias, das moradias assistidas para quem tenha saído do convívio da família e das comunidades terapêuticas, enfim, de todas as entidades que promovam reinserção social de dependentes.

Questionado pela Senadora Ana Amélia a respeito da restrição à propaganda e o aumento de impostos sobre as drogas lícitas, álcool e tabaco, afirmou o Sr. José Luiz que a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, assim como a Associação Médica Brasileira, é contra a liberação ou a descriminalização de qualquer droga ilícita e considera que a restrição da propaganda, tanto do álcool quanto do tabaco, é eficaz.

Defendeu o Sr. José Luiz a restrição da propaganda em todos os níveis e a restrição severa ao uso dessas substâncias. Informou que o Conselho da Associação Médica Mundial propôs que se considerasse a propaganda de cigarros como uma violência à criança e que já há países que estão adotando medidas no sentido de se penalizar o indivíduo que fuma dentro de automóvel em que haja crianças.



Sr. Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti

O Sr. Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti, representando a Associação Brasileira de Psiquiatria, discorreu sobre os efeitos avassaladores e destrutivos do *crack*. Para ele, a gravidade da situação reclama uma atuação mais efetiva do Governo Federal, até porque essa atuação, como se dá hoje, ainda é tímida e equivocada. Ele considera ser um erro o papel atribuído aos médicos no sistema proposto pelo Ministério da Saúde, que confere papel destacado aos CAPS, levando os problemas aos médicos apenas na última instância.

No que se refere às comunidades terapêuticas, o Sr. Emmanuel Cavalcanti trouxe esclarecimentos sobre os seus métodos e suas origens históricas, de acordo com pesquisas e conceitos científicos. Ele considera que o termo “*comunidade terapêutica*” é impróprio para se definirem estabelecimentos, religiosos ou não, que tratam de dependentes químicos, quando se consideram os preceitos da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa opinião decorre dos métodos dessas entidades, particularmente no que se refere às questões referentes à internação do paciente, se voluntária ou involuntária, e à participação dos médicos nos procedimentos.

O Sr. Emmanuel alertou para o fato de haver um grande número de serviços comunitários de atenção a dependentes, geralmente religiosos, que são precários e carecedores de bases científicas, com poucos benefícios comprovados. Além desse problema, ele afirmou que as ações nas três esferas de governo não são harmônicas e integradas, havendo poucos serviços de assistência profissional aos dependentes químicos, geralmente privados ou



universitários.

O palestrante alertou também para o fato de as chamadas drogas lícitas, como o álcool e o tabaco, terem um consumo muito maior do que as drogas ilícitas, embora não recebam qualquer controle no que se refere à disponibilidade, ao preço e à publicidade. Além disso, a lei é complacente com o usuário recreativo, verdadeiro financiador do tráfico, confundindo-o com o dependente químico, com base em critérios carecedores de base científica. Mais ainda, a repressão ao tráfico no Brasil seria muito insuficiente.

O Sr. Emmanuel apresentou dados que comprovam os efeitos maléficos do *crack* na sociedade, particularmente o aumento da violência e dos homicídios. No que se refere à produção de drogas, o palestrante afirmou que, sendo o Brasil o único produtor de acetona e éter da América Latina, matérias-primas para o *crack*, torna-se necessário um controle mais rigoroso sobre a indústria química nacional.

Quanto à atenção e à reinserção social dos usuários e dos dependentes químicos, o Sr. Emmanuel apresentou algumas premissas que precisam ser consideradas. A dependência química é uma doença crônica grave e não apenas um problema psicológico ou social, reclamando, portanto, um modelo de tratamento semelhante ao de outras doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão. É preciso, contudo, atentar para a necessidade de rigor metodológico no diagnóstico da doença.

O Sr. Emmanuel defendeu a necessidade de se priorizar a percepção médica do problema, já que o Brasil estaria priorizando a percepção social. Ele traçou os vetores principais do modelo de assistência à saúde, desde os cuidados primários de saúde, inclusive com o tratamento de doenças paralelas



à dependência, como as complicações somáticas e as doenças transmissíveis pelo uso de drogas, e criticou a estrutura proposta para os CAPS, considerada pelo CFM como antiéticos, por não proverem uma estrutura adequada para o trabalho dos médicos. A entidade defende que os tratamentos sejam feitos por meio de equipes multiprofissionais, a fim de se evitar a proliferação de atendimentos inadequados e insuficientes.

A Associação Brasileira de Psiquiatria tem um grande número de propostas para aperfeiçoar o tratamento ambulatorial, que deve ser facilitado. Propõe medidas também para os ambulatórios especializados em dependência química em hospital-dia e, ainda, os programas de internação em hospitais especializados. O Sr. Emmanuel criticou as políticas que ignoram a necessidade de hospitais psiquiátricos, tanto pelo ponto de vista dos tratamentos oferecidos por essas unidades quanto do ponto de vista econômico, já que a dispersão dos tratamentos em hospitais gerais, além de arriscada, quase sempre é mais onerosa para o Estado.

Chamou a atenção para a duração do tratamento, que não se realiza tão só na fase de hospitalização. Afirmou que o profissional médico é que precisa dizer quanto tempo durará o tratamento, e não a legislação, que prescreve um período de internação de 15 dias, tempo insuficiente para abordar este e outros problemas psiquiátricos que requeiram internação. Defendeu também que a internação ou a alta só deve ocorrer com a prescrição médica.

Por fim, o Sr. Emmanuel defendeu uma revisão dos mecanismos previstos na legislação para a recuperação de dependentes químicos, reconhecendo que muitos desses instrumentos não são efetivamente aplicados.

Ao responder o questionamento da Senadora Ana Amélia a respeito dos



53316.11448

fatores que influenciaram a mudança das políticas públicas dos últimos governos para o atendimento de pacientes com transtornos mentais, o Sr. Emmanuel comentou que as mudanças foram exigidas pela comunidade médica em virtude do não cumprimento da Lei nº 2.312, de 1954, que disciplinava sobre saúde mental. Essa lei foi revogada e no lugar dela passou a vigorar a Lei nº 8.080, de 1990, e o Decreto nº 44.474, de 1961, que colocava o aparato assistencial próximo à comunidade e evitava ao máximo as internações. Essas leis também nunca foram cumpridas.

Daí surgiu a Lei nº 10.216, de 2001, que tem uma proximidade conceitual com as primeiras e apresenta uma mudança do sistema de internação. Informou que, a despeito da Lei nº 10.216, de 2001, o Ministério da Saúde utilizou os critérios de um projeto de lei do Deputado Paulo Delgado para subsidiar o edital lançado pelo governo para selecionar vagas em comunidades terapêuticas. Explicou que a colisão de valores se deu quando, nesse sistema adotado pelo Ministério da Saúde, o médico era visto como última instância e os equipamentos médicos foram relegados. Afirmou que os bons hospitais psiquiátricos foram igualados aos hospitais mal administrados, e, conseqüentemente, o desejo de uma política efetiva nessa área, com uma rede de assistência adequada, foi prejudicado em razão de um elemento ideológico. Mencionou como população prejudicada, por exemplo, em razão da mudança do sistema, a população carcerária, que tem uma quantidade imensa de doentes mentais, além de dependentes de todas as espécies de drogas.

Quanto à pergunta da Senadora Ana Amélia relativamente à legalização do comércio de todas as substâncias ilícitas, o Sr. Emmanuel ressaltou que o Brasil não controla a venda nem de cola de sapateiro, de bebida alcoólica a



53316.11448

menores, como vai controlar o uso da maconha, do *crack*, da cocaína? Afirmou que tanto o CFM quanto a Associação Brasileira de Psiquiatria são contra a liberação dessas substâncias. Pontuou, ainda, que, se não há conflito com o tráfico porque alguém pode comprar e vender, certamente há o estímulo ao comércio de drogas, há propaganda, e esse estímulo é muito perverso, porque está semilegalizando produtos comprovadamente nocivos à saúde.

Além disso, aqueles que usam drogas recreativamente e defendem a liberação do porte para uso são aqueles que vivem num contexto de doenças mentais, tais como a esquizofrenia e a psicose maníaco-depressiva.

Questionado pela Senadora Ana Amélia se os seus conceitos a respeito das comunidades terapêuticas continuavam os mesmos depois de ouvir o Frei Hans e o Padre Haroldo (palestrantes que representaram as comunidades terapêuticas), o Sr. Emmanuel defendeu que a metodologia científica deve ser respeitada, por trabalhar com as evidências e as contraprovas. Informou que o CFM vai definir, no sistema assistencial para as doenças mentais, o que é efetivamente médico, para que o ato privativo de médico seja executado com segurança e, para o ato que não for médico, não haverá intervenção alguma.

Informou que a Associação Brasileira de Psiquiatria defende uma relação harmônica com as comunidades terapêuticas, para completar os serviços oferecidos por elas. Entende que as técnicas usadas pelas comunidades terapêuticas podem ser utilizadas tanto dentro de um hospital psiquiátrico como numa enfermaria psiquiátrica ou num hospital geral.

Sr. Aloísio Antônio Andrade de Freitas

O Sr. Aloísio Antônio Andrade de Freitas iniciou sua exposição



resumindo a forma de combate à dependência química no Brasil. Inicialmente criou-se em 1982 o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), partindo então para a criação dos conselhos estaduais, iniciando por Santa Catarina e Minas Gerais. Criticou a criação, em 2000, da Senad, pois esta reiniciou um trabalho que já estava em vigor há 18 anos, elaborando seu primeiro plano sem consulta alguma ao Confen.

Na sequência, o médico diferenciou dois tipos de dependentes químicos. Os primeiros são aqueles que conseguem conviver com a sociedade, fazendo o uso da droga, entretanto levando uma aparente vida regular de trabalho e convívio familiar. O segundo tipo de dependente são os que necessitam de um tratamento imediato, pois apresentam distúrbios de comportamento, que os tornam agressivos ou os isolam socialmente. Drogas como o *crack* e o *oxi* acarretam essa dependência.

O Sr. Aloísio Freitas explicou o risco de consumo do *crack*, que possui instalação rápida no organismo e um processo de demenciação, que é irreversível, ficando a pessoa em estado alterado de consciência definitiva, com comprometimento do livre arbítrio. Afirmou que, nesse estágio, a pessoa perde sua capacidade de decisão, ficando instintivamente animalizada e necessitando de ajuda externa. Ressaltou que se trata de um processo irreversível, diferentemente da desintoxicação, que limpa o organismo da substância química em uma semana a quinze dias.

Para explicar o problema mundial das drogas, o convidado responsabilizou a crise de sentido da humanidade, que passa pela falta de valores. Explicou que todos os seres humanos são pré-dependentes químicos por natureza e que possuem apenas proteções parciais, não havendo uma barreira integral ao vício. Definiu a dependência química como um



“adoecimento da vontade”, pois a pessoa não tem vontade de sair da situação, entrega-se às drogas como seu modo de vida.

Como prevenção do problema, defendeu que o primeiro contato com a substância seja evitado por meio de campanhas nas escolas, baseadas não apenas em conhecimento científico, mas também em valores. O Sr. Aloísio Freitas disse acreditar que a estratégia de elevação do preço de substâncias como o álcool e o tabaco não resolve o aumento do consumo, apenas abre portas para produtos de pior qualidade, que são mais agressivos ao organismo.

Por fim, o palestrante defendeu as fontes de financiamento continuadas para o projeto e, como sugestão, propôs a criação de uma contribuição social a ser cobrada no valor de rótulo de bebidas e de tabaco de 1% de valor do rótulo, com o objetivo de capitalizar o Fundo Nacional Antidrogas.

Após os questionamentos dos senadores, o Sr. Aloísio Freitas disse acreditar que a responsabilidade pelo surgimento e pelo alastramento do *crack* é da Polícia Federal, que, a partir da década de 90 do século passado, fez um trabalho de combate aos precursores, que são substâncias químicas que purificam a cocaína. Dificultando essa purificação, surgiu uma substância de pior qualidade.

Quanto ao questionamento da Sra. Senadora Lídice da Mata sobre os financiamentos públicos às entidades que tratam de dependentes, afirmou que os repasses deveriam ser feitos pela assistência social, pois a dependência deve ser vista como um processo epidêmico, não apenas sob o ponto de vista médico.

Sr. Esdras Cabus Moreira

O Sr. Esdras Cabus Moreira, representando o Centro de Estudos de



Terapia de Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia, especificamente o Núcleo de Estudos Avançados, informou que o *crack* é um grande desafio para o seu trabalho. Por causa do apelo midiático da droga e da urgência na intervenção de comportamentos caóticos e disfuncionais, expõem-se mais as deficiências do tratamento. A rede de internação é inexistente, e o quadro se agrava diante da necessidade rápida de intervenção.

O palestrante apresentou um quadro de desmistificação da droga, afirmando que a dependência não foge dos modelos de dependência que se veem em outras drogas, como o álcool. A compulsão intensa, as recaídas e as inúmeras internações em clínicas são observadas em usuários do *crack*, assim como em alcoolistas.

O palestrante entrevistou alguns usuários para formar um estudo mais aprofundado sobre o tema e concluiu que, apesar de o *crack* ser uma droga que gera disfunção e distúrbio social muito intensos, também permite uma evolução no consumo, que, às vezes, não se apresenta tão compulsivo e desastroso. Assim, negou a ideia de uso até a morte ou a perda de capacidade cognitiva. Expôs alguns bons resultados de tratamento de pessoas viciadas em *crack*.

Os entrevistados da pesquisa afirmaram que a droga é vendida em um comércio de tráfico que expõe a pessoa à violência e que muitos pacientes morrem dessa violência ao comprarem a droga, no contato com o traficante da favela.

O Sr. Esdras Cabus apresentou a problemática do estigma relacionado à utilização da substância, que é considerado por ele um dos fatores mais importantes que dificultam a intervenção na saúde mental. O estigma atinge não só o usuário, mas também a família e o cuidador, passando por uma



negação até a evolução por um tratamento sem resultados, que acaba gerando frustração.

O palestrante também abordou o fato de que muitos usuários de *crack* têm doença mental associada, chamada de comorbidade, o que complica a sua situação, em razão da dependência de outras substâncias químicas. Mencionou o mau funcionamento dos CAPS, que não oferecem tratamento continuado, por dificuldade de recursos e de estruturação de uma equipe. Para ele, houve prejuízos na capacitação dos funcionários, por não se apresentar uma estrutura que permita que o funcionário desenvolva o trabalho de maneira satisfatória.

Por fim, pediu prioridade no combate ao *crack*, assim como a outras drogas como álcool e tabaco, buscando não diabolizar a substância em si, apenas entendendo a complexidade de seu tratamento.

Respondendo ao questionamento da Senadora Lídice da Mata sobre por que o Sr. Esdras não defende uma política de combate voltada exclusivamente para o *crack*, ele afirmou que a ênfase em uma só droga pode causar uma hipertrofia. Defendeu que se lide com o problema da substância de forma geral, respeitando a especificidade de cada uma.

Sobre o questionamento da Senadora Ana Amélia sobre a vacina preventiva ao consumo de drogas, o palestrante explicou seu funcionamento. Disse que ela cria anticorpos e a droga vai se unir a eles, não entrando no sistema nervoso central, e, se o usuário não quiser parar de usar a droga, ele vai burlar a forma de utilizá-la, causando falhas na vacina. Defendeu o internamento compulsório nas situações de risco do paciente e de terceiros, mas ressaltou a dificuldade de se lidar com as motivações e a necessidade do usuário de utilizar a substância.



53316.11448

Respondendo ao questionamento do Senador Waldemir Moka sobre predisposição para dependência de álcool e drogas, o Sr. Esdras Cabus comentou a situação dos fetos expostos à substância química, afirmando a possibilidade de predisposição na fase adulta. Explicou que não é necessariamente genético, mas que a genética tem participação nesse processo.

Sr. Ricardo Albuquerque Paiva

O Sr. Ricardo Albuquerque Paiva, representante do Conselho Federal de Medicina, iniciou sua exposição elogiando o plano da Senad, que é abrangente e contempla eixos sociais, policiais e de saúde. Entretanto, mencionando dados, demonstrou que os recursos são insuficientes. Dos R\$ 400 milhões previstos no orçamento para os 27 estados, apenas R\$ 90 milhões foram autorizados efetivamente e se transformaram em R\$ 5 milhões gastos. Explicou que isoladamente o tratamento terapêutico não tem a eficácia esperada, pois são necessárias mudanças sociais para que o êxito seja completo.

Quanto ao *crack*, o médico afirmou que, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), em 2010 o Brasil chegou a 3% de sua população dependente de droga, o que representa 6 milhões de pessoas. Apresentando trabalhos realizados pela Fiocruz, procurou desmistificar a droga, demonstrando que, dos usuários, 1/3 vai a óbito, 1/3 continua convivendo com o uso e 1/3 é curado. Avaliou que 85% dos óbitos são por morte violenta, por causa de dívidas e dificuldades de acesso à droga.

Salientou a necessidade de uma rede de sustentação social e fez inúmeras sugestões. Do ponto de vista do eixo policial, afirmou que é preciso



estratégias de inteligência para o combate ao tráfico, além da punição aos policiais envolvidos no esquema de drogas e o cuidado com as abordagens. No eixo da saúde, propôs que sejam constituídos CRAS nas unidades de Saúde da Família, sugerindo a adoção de um agente comunitário social. No eixo social, defendeu a criação de centros de convivência nas escolas, espaços de arte, lazer e cultura e economia solidária. Defendeu que a frente parlamentar que trata do assunto não tenha cunho partidário ou religioso, diante da importância do tema, e que seja criada uma secretaria nacional específica para o *crack*.

Respondendo ao questionamento da Senadora Lídice da Mata sobre uma política de combate voltada exclusivamente para o *crack*, o Sr. Ricardo Paiva afirmou que há um crescimento considerável dos subprodutos da cocaína, principalmente do *crack*, e elencou dois aspectos determinantes para sua escolha: o *crack* vicia crianças a partir dos 6 anos e possui um custo baixo em comparação a outras substâncias.

Quanto ao questionamento do Senador Wellington Dias sobre qual Ministério deveria ser responsável pela política de combate às drogas, afirmou ser importante que a Senad passe para o controle do Ministério da Justiça, pois assim prevalecerá o eixo policial.

Sobre o questionamento da Senadora Ana Amélia sobre a vacina preventiva ao consumo de drogas, o palestrante afirmou que ainda está em estudos, apesar de já constar do relatório da ONU. Explicou que a vacina está na fase II, necessitando de cinco a dez anos para fases de experiências e que ainda não está sendo usada como ferramenta de tratamento. Ressaltou ainda o fato de nenhuma capital possuir o número de CAPS suficiente.



Sr. Carlos Alberto Salgado

O Sr. Carlos Alberto Salgado informou que há 13 anos trabalha com dependentes químicos e mais precisamente há 6 anos trabalha no Hospital Presidente Vargas, no Rio Grande do Sul, com gestantes dependentes de drogas. Durante sua exposição, ele relatou sua experiência com essas mulheres.

A primeira observação do palestrante foi a respeito do aumento de faixa etária das mulheres grávidas internadas. De adolescentes usuárias passaram a jovens senhoras. Afirmou que a questão imediata é o dano ao feto, que se agrava com a combinação do uso de *crack* e álcool.

O Sr. Carlos Salgado afirmou que os clínicos têm o pensamento de que a disponibilidade é igual ao consumo de drogas, defendendo a restrição ao acesso como forma de diminuição do uso.

Quanto ao tratamento, o Sr. Carlos Salgado informou que o hospital oferece leitos para as dependentes químicas dentro de uma unidade de assistência geral à saúde mental. Ressaltando que não tem interesse na indústria farmacêutica, defendeu o uso da substância Promazina, por ser um medicamento disponível e útil. Após o tratamento de desintoxicação, as usuárias usam a substância como controle de intensidade do desejo pela droga, julgando importante a proteção para evitar recaídas, pois muitas mulheres voltam ao tratamento grávidas várias vezes. Isso agrava o sistema de saúde, que já é marcado pela desassistência.

Importante ponto ressaltado pelo palestrante foi a comorbidade, isto é, a associação de uso de drogas e doenças mentais, regra entre usuários de *crack*, e, para o tratamento, destacou a importância da grupoterapia.

Pontuou ser a droga lícita a porta de entrada para as drogas ilícitas e



53316.11448

criticou a postura dos adultos de serem condescendentes com o uso indiscriminado de álcool, demonstrando por meio de dados que metade dos brasileiros bebe. Sugeriu a revisão do planejamento do Brasil sobre o tema, visto que o impacto do álcool na saúde é extremamente superior ao potencial de captação de recursos por meio da tributação. Procurou desmistificar o *crack*, uma vez que as drogas lícitas são mais danosas à sociedade.

Assim como palestrantes anteriores, o Sr. Carlos Alberto Salgado expôs a estrutura do sistema de tratamento dos dependentes químicos, afirmando que as vagas têm sido reduzidas nos últimos 20 anos e que não se deve combater as iniciativas da comunidade, que são mais amplas que as do Estado, mas sim fiscalizá-las.

Respondendo ao questionamento da Senadora Ana Amélia, o palestrante ressaltou a importância de a sociedade ser informada sobre as substâncias. Salientou que se deve ser firme, mas não necessariamente alarmista com as substâncias, pois algumas drogas lícitas, como o álcool, possuem condescendência de consumo e causam enorme transtorno social.

Concluiu sua explanação afirmando que só haverá dependentes de *crack* à medida que houver disponibilidade dessa droga.

A Senadora Lídice da Mata apresentou sua experiência com dependentes químicos no Estado da Bahia, mostrando o desenvolvimento do estado no tratamento dos usuários, principalmente no cuidado com a população de rua. Ademais, defendeu o tratamento formal do usuário em clínicas especializadas que têm motivação religiosa e propôs uma rede de atendimento de 24 horas, tanto nos CAPS quanto nos conselhos tutelares, que são responsáveis por encaminhar crianças e adolescentes para tratamento.



Sr. Gerardo Mesquita

O Sr. Gerardo Mesquita iniciou sua exposição explicando que o trauma não é um acidente. Ele é uma doença e deve ser encarado como tal. É uma lesão caracterizada por alterações estruturais e desequilíbrios fisiológicos decorrentes da exposição aguda a várias formas de energia. Como doença, exige internação hospitalar, leva à invalidez e à morte e não pode ser entendido como acidente.

Os traumas têm causas evitáveis. Eles são um problema de saúde pública mundial, como principal causador de morte entre o primeiro e o 44º ano de vida da população. Nos Estados Unidos, perde apenas para o câncer e para as doenças cardíacas. O trauma faz com que sejam perdidos, a cada dez minutos, nos Estados Unidos, em torno de 36 anos de vida dos jovens. O Estado investe na formação de jovens, nas universidades, mas muitas vezes os traumas ceifam as suas vidas. Tais investimentos são perdidos, portanto, em função de uma causa evitável.

O trauma é uma doença multifatorial, cuja solução depende de mais investimentos por parte de todos os governos. Na OMS, percebe-se que não é um problema exclusivo do governo brasileiro. Vários governos, inclusive de países desenvolvidos, precisam se dedicar mais a essa causa. Problemas como desemprego, pobreza, promiscuidade, álcool e drogas, fome e o dismantelo da estrutura familiar acabam levando ao trauma.

O Sr. Gerardo esclareceu que o trauma é uma doença porque tem causas identificadas, fisiopatologia, complicações e mortalidade. Ele registrou que o governo brasileiro tem investido pesadamente nos serviços de resgate pré-hospitalar e nos SAMUs, mas muitas vezes não é possível salvar as vidas das vítimas. Fatores de risco como o comportamento, o excesso de



velocidade, o consumo de álcool, a violência, a presença de poucos dispositivos de segurança nos carros populares, a falta de atendimento ou o atendimento inadequado ao trauma no ambiente hospitalar agravam esses problemas. O palestrante observou que as estradas e as ruas brasileiras não foram adequadamente ampliadas e pavimentadas, enquanto os veículos melhoraram bastante. O resultado é catastrófico, sendo registrado um número muito grande de acidentes, cada vez mais graves.

O Sr. Gerardo apresentou dados demonstrando que, no mundo, em 2000, houve aproximadamente 450 mil afogamentos. Guerras e conflitos mataram 300 mil pessoas. Já os acidentes causaram 1,2 milhão de mortes, sem contar os feridos. O número ultrapassa os suicídios, os homicídios, as guerras, os envenenamentos, as quedas e as queimaduras. Em 2002, o número de mortos se manteve em 1,2 milhão. Já no Brasil, entre 2004 e 2005, houve 6 mil mortos e 66 mil feridos. Embora o número de acidentes tenha diminuído, o percentual de mortes aumentou. Daí se conclui que os acidentes estão se tornando mais violentos, por envolverem carros mais velozes, muitas vezes em rodovias privatizadas, mais pavimentadas, que propiciam maiores velocidades.

Segundo o Sr. Gerardo, das atividades cotidianas com maior risco, a mais arriscada de todas é andar de motocicleta. Ele registrou que o acesso à motocicleta atualmente é muito facilitado, em virtude da estabilidade econômica, além de serem veículos mais baratos. O palestrante sugeriu a normatização das formas de aquisição desses veículos. Ele citou uma mensagem publicitária veiculada no Estado do Piauí em que se afirmava que uma pessoa com 16 anos de idade pode adquirir um veículo de duas rodas, o que é uma informação contraditória, já que ela não tem autorização para



pilotar. Por essa razão, propôs a criação de um mecanismo para obrigar que o veículo automotor seja comprado por alguém que possua habilitação específica para a categoria, de modo a possibilitar a responsabilização de quem tenha permitido a um menor o uso de um veículo que venha a causar danos à população, ao Estado e a si próprio.

O Sr. Gerardo apresentou mais dados, que demonstram que, entre as pessoas de 5 a 14 anos de idade, acidentes de trânsito são a segunda causa de morte; entre as de 15 a 29 anos, esses acidentes são a primeira causa de morte; e, entre as de 30 a 44 anos, são a terceira causa. Tais números significam grandes prejuízos para o Estado e para as famílias. Esses dados também mostram que o padrão de acidentes mais grave é observado nas Américas, na África, no Oriente Médio e em parte da Ásia. Ele afirmou que, na África, há de 19 a 28 acidentes para cada mil ocorrências com vítimas.

Atualmente, o acidente de trânsito é a nona causa de morte no mundo e até 2020 será a quinta causa, de acordo com a OMS. Os óbitos nos acidentes de trânsito envolvem pedestres, motociclistas, ciclistas, ocupantes de veículos, sejam proprietários e condutores, sejam não proprietários. Comparando-se o perfil dos condutores e das pessoas mortas nos acidentes de trânsito nos Estados Unidos e no Brasil, percebe-se que, no Brasil, grande parte dos pedestres e outras pessoas envolvidas morrem, enquanto nos Estados Unidos os pedestres são bem menos envolvidos. No Brasil, o percentual de morte dos condutores também é bem maior.

Em 2002, 1,2 milhão de pessoas entre 13 e 18 anos morreram por acidentes de trânsito. Cem pessoas morrem por dia no Brasil, de acordo com a Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT). Atualmente, 2,1% das mortes e 2,6% de todas as perdas de vida útil para o trabalho registradas do



mundo estão relacionadas aos traumas por acidentes de trânsito, de acordo com a OMS.

Nos Estados Unidos, por ano, há 500 mil vítimas que necessitam de internação, sendo que mais de 50% estão ligadas diretamente a acidentes de trânsito; a outra metade está ligada à violência externa. Para cada sobrevivente, normalmente, o tratamento demora de cinco a dez anos, e, ao final desse tratamento, para reabilitá-lo, pode-se gastar até US\$ 4 milhões. Este é o gasto por pessoa, ao final de dez anos de tratamento. Em média, US\$ 25 bilhões por ano são gastos na reabilitação desses pacientes, ou seja, 30% da verba anual para a saúde.

O Sr. Gerardo lembrou que houve no Brasil uma boa propaganda sobre a prevenção do câncer de próstata, ressaltando o grande número de mortes de homens. A propaganda mostrava que dois em cada cinco homens morrem precocemente. Na realidade, a estatística não se referia apenas ao câncer de próstata, já que também incluía as vítimas de trauma, informação que não foi veiculada. Por essa razão, o Sr. Gerardo sugeriu que seja feito um alerta semelhante sobre a questão do trauma e da morte entre jovens.

Estima-se que, em 2020, as doenças crônicas, incluindo-se os sequelados de acidentes de trânsito inválidos, serão responsáveis por quase 80% de todos os recursos empregados em saúde no mundo. Há um índice alarmante: no Japão, há 1,32 mortos para cada dez mil veículos por ano, enquanto no Brasil há quase 7 mortos para cada dez mil veículos por ano. Essa diferença de índices mostra que, com o desenvolvimento da educação e com o investimento na prevenção, é possível melhorar tais estatísticas.

A evolução no número de mortos em acidentes de trânsito no Brasil mostra que, em 1961, houve 3,3 mil mortos; em 2002, quase 19 mil mortos.



Quanto ao número de feridos, em 1961, houve 23 mil feridos, e, em 2002, quase 360 mil feridos. Comparando-se o Brasil com o mundo, percebe-se que no País o número de mortes a cada cem mil habitantes em acidentes de trânsito é bem maior do que o da Inglaterra, o da Argentina, o do México, o dos Estados Unidos e de muitos outros países. O Sr. Gerardo considera lamentável que o Brasil esteja sempre em más colocações nessa estatística, especialmente com o desenvolvimento que o País tem experimentado.

Estima-se que, no mundo, em 2020, 2,4 milhões de pessoas venham a morrer por acidentes de trânsito, sem contar as vítimas que permanecerão com sequelas. Mas o Sr. Gerardo adverte que é possível evitar esse número trágico.

Ele apresentou o *ranking* dos municípios brasileiros quanto ao número de acidentes de trânsito. Entre 2002 e 2006, as regiões metropolitanas estão sempre envolvidas, nas primeiras colocações. Brasília, por exemplo, está em quarto lugar, Teresina, em décimo primeiro e Porto Alegre, em décimo terceiro lugar.

Outro número apresentado foi o de mortes por causas externas, que incluem acidentes de trânsito, suicídios e violências de outra natureza. No Brasil, em 2004, 158 mil pessoas morreram por causas externas. A faixa etária mais acometida é entre 15 e 44 anos de idade, portanto, a fase mais produtiva da vida. Ademais, a taxa de mortalidade no trânsito vem aumentando, sobretudo na América Latina. O Sr. Gerardo observou que na América Latina todas as taxas somente não são piores do que as registradas no Sul e no Oeste da Ásia.

A OMS trabalha com dois tipos de custos. Há os custos diretos, que são os custos com os médicos, com recuperação de traumas psicológicos da perda



do ente querido ou do próprio acidente, a resposta do serviço de emergência pré-hospitalar, os custos hospitalares e com reabilitação, e os serviços legais, judiciais e periciais. E há os custos indiretos, que são as mortes prematuras, os anos de vida perdidos, a perda de produtividade para o Estado brasileiro, o absenteísmo ao trabalho, a recuperação, o atraso do desenvolvimento econômico, a perda da qualidade de vida e outras perdas intangíveis, notadamente para a família das vítimas e para as pessoas próximas.

Estima-se que 90% do impacto global relacionado a acidentes de trânsito venham dos países em desenvolvimento e dos países mais pobres. Ou seja, 90% de tudo que é despendido em virtude de acidentes de trânsito são gastos por países em desenvolvimento. O Sr. Gerardo defendeu que o Brasil reverta esse quadro, observando que, na América Latina, o custo dos traumas chega a 18,9% do Produto Interno Bruto (PIB), perdendo apenas para a Ásia, onde o custo investido nas sequelas de traumas chega a 24,5% do PIB.

O relatório global da OMS sobre a violência e a prevenção, que inclui álcool e drogas, que é de 2009 e traz esses dados de 2006, mostra que 35.155 pessoas morreram em decorrência de violência naquele ano no Brasil, sendo que 82% eram homens. Isso demonstra que a morte de homens ainda jovens não se deve apenas ao mau acesso e à má conscientização desse grupo em relação à sua própria saúde, mas à exposição ao risco. Além disso, houve 407 mil vítimas não fatais, sendo que 40% delas com sequelas permanentes. Registre-se que vítimas com sequelas permanentes são extremamente caras para o Estado, tanto pela perda de produção quanto pela sua manutenção. O custo dessas vítimas foi estimado em 2006 em R\$ 30 bilhões ao ano somente no Brasil, incluindo gastos com previdência, hospitais, consultas, órteses e próteses, medicação fornecida pelo governo, entre outras despesas.



O Sr. Gerardo alertou para as diferenças de tratamento do trauma em países desenvolvidos, emergentes e pobres. Nos primeiros, uma vítima de trauma tem 35% de chances de ficar com seqüela, ou 65% de ficar bem; nos emergentes, são 55% de chances de ficar com seqüela; e nos países pobres são 63% de chances de seqüela permanente.

O palestrante afirmou que, em sua opinião, o Brasil, a partir de 1992, com a abertura da economia para o mundo e com a estabilização econômica que se seguiu, passou por uma explosão de consumo, sendo que a população não passou por uma conscientização dos seus deveres. Dessa forma, o grande problema do Brasil é a educação. Ele defendeu investimentos em educação, especialmente na escola de base, onde poderia haver uma disciplina nos moldes da antiga OSPB (Organização Social e Política do Brasil), em que se possa conscientizar os estudantes sobre os deveres a que estão submetidos.

A Senadora Ana Amélia ressaltou que o Brasil tem um dos melhores códigos de trânsito do mundo, mas que faltam atitudes e educação dos motoristas, já que eles, com seu comportamento inadequado, causam ainda muitos acidentes.

O Sr. Gerardo Mesquita salientou que é preciso prevenir os acidentes de trânsito, porque a frequência e a gravidade desses acidentes são muito elevadas no mundo todo. Ele afirmou que os prontos-socorros quase sempre trabalham acima da capacidade, com um elevado custo para o Estado brasileiro. Por essa razão, é preciso investir na prevenção de acidentes. É preciso que haja a observância mais rigorosa da legislação. Ele citou o exemplo da chamada Lei Seca, fundamental para reduzir a violência no trânsito. Isso porque 80 miligramas por decilitro de álcool, o equivalente a duas doses e meia de uísque, aumentam duas vezes o risco de acidentes, em



virtude da perda de reflexo. Cem miligramas por decilitro aumentam em três vezes esse risco. E qualquer miligrama por decilitro acima de zero já aumenta o risco de acidente em motocicleta, em virtude da alteração da sensação de equilíbrio.

Foram apresentados dados que demonstram que a Lei Seca teve um grande impacto quando foi editada. No início, entre 2008 e 2009, houve uma queda significativa no número de mortes. Esse número caiu de 35 mil mortos/ano para 31 mil mortos/ano e depois para 29 mil mortos/ano. Mas voltou a subir, na medida em que a Lei Seca foi caindo no esquecimento.

O Senador Wellington Dias observou que as restrições ao uso do bafômetro praticamente mataram as regras da Lei Seca. Segundo ele, há projetos para alterar esse ponto da lei, e é preciso trabalhar pela sua aprovação.

O Sr. Gerardo Mesquita demonstrou o aumento do número de veículos fabricados no Brasil entre 1984 e 2004, que foi de quase 30 milhões. Só no ano de 2004, foram fabricados 2,2 milhões de veículos, chegando a 3,5 milhões em 2011.

Quanto aos custos provocados pelos acidentes de trânsito, o Sr. Gerardo citou a perda de produção de até 42,8% no âmbito de uma empresa em relação ao acidente; os danos do veículo, em 22,8%; as despesas médico-hospitalares, de 13,3%; e os outros custos variáveis, ocasionando até 78,9% de perda envolvendo um acidente.

Existe a perda em relação ao atendimento que foi deixado de ser prestado à população por outras razões. Isso porque existem as mortes clínicas, não ligadas ao trauma, que podem ser evitadas. No entanto, os hospitais e os centros de emergência têm sido transformados apenas em



hospitais de trauma, a que o paciente clínico não tem acesso, ao menos como deveria, à urgência e à emergência.

Os acidentes têm também outros custos intangíveis, merecendo especial atenção o impacto familiar desses custos. Há ainda a questão do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT). O Sr. Gerardo afirmou que, embora tenha uma concepção positiva, o DPVAT tem sido utilizado de maneira equivocada, defendendo maiores restrições à sua utilização, particularmente para se exigir mais rigor na comprovação dos danos passíveis de indenização, de modo que sejam beneficiadas apenas as vítimas que façam jus à indenização e que sejam punidos os transgressores da lei. Propôs que a cobertura médica para os acidentes de trânsito seja retornável ao governo, caso o motorista que provocou o acidente não esteja dentro da lei. Sugeriu que, se o acidente não for constatado pelo menos por duas ou três testemunhas ou comprovado por perícia, que o seguro não seja pago, esclarecendo que o pagamento amplo e simplificado tem aumentado os custos para os condutores.

A proposta deriva da constatação de fraudes, especialmente em cidades do interior, onde não existe a perícia de trânsito. Um exemplo dessas fraudes seria o caso em que a pessoa sofre um acidente que não tenha envolvido veículo, mas forja a documentação, utilizando dados de motocicletas. A fraude é possível porque nem sempre o médico pode afirmar se as sequelas observadas foram derivadas de um acidente de trânsito.

A Senadora Ana Amélia questionou o Sr. Gerardo sobre as recomendações que ele faria no que se refere à prevenção de acidentes de trânsito, especialmente quanto ao consumo de bebidas alcoólicas e também a outras drogas, que não costumam aparecer nas estatísticas. Questionou ainda



quanto ao uso do bafômetro na fiscalização do trânsito.

O Sr. Gerardo Mesquita observou que a bebida alcoólica é mais fácil de ser detectada, e, por isso, chama mais a atenção. Segundo ele, o consumo de drogas é mais difícil de ser detectado, especialmente por policiais em ações de fiscalização. Ele alertou ainda para a mistura de álcool e drogas, comum entre os jovens.

Quanto às campanhas educativas, observou que o Brasil gasta valores muito altos em campanha de prevenção da dengue, não obstante no ano de 2009 morreram 3,5 mil pessoas dessa doença. Embora seja louvável o esforço do governo e dos meios de comunicação para prevenir esse problema, o Sr. Gerardo entende que são também necessários investimentos em campanhas de prevenção da violência no trânsito. Sugeriu que, à semelhança dos maços de cigarros, em que são estampadas fotografias drásticas de pessoas doentes por causa do fumo, seja estampado, nos rótulos das bebidas, um alerta sobre os riscos de acidentes. Defendeu restrições maiores às propagandas de televisão, especialmente pelo fato de estimularem o consumo, sem conscientizarem adequadamente para os riscos que ele representa.

O Senador Wellington Dias informou que a Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal aprovou uma proposta que retoma o debate da obrigatoriedade do alerta nas embalagens de bebidas alcoólicas, assim como se faz com o cigarro. A proposta ainda será apreciada em outra Comissão do Senado e depois pelo Plenário.

O Sr. Gerardo Mesquita sugeriu que os cursos fornecidos pelas escolas de trânsito para pessoas que tiveram a carteira de habilitação retida não contemplem tão somente a atualização das leis de trânsito. Para ele, as penalidades para infrações de trânsito, sobretudo as que envolvem acidentes,



além das multas, deveriam incluir trabalho social nos hospitais de emergência, além da obrigatoriedade de a pessoa acompanhar a alta de um paciente e ir até a sua casa com uma assistente social.

A Senadora Ana Amélia questionou se a obrigatoriedade de visita do futuro motorista a uma unidade de emergência não poderia ser incluída no curso de formação, na autoescola. O Sr. Gerardo observou que essa medida seria de difícil aplicação prática, tendo em vista o grande número de motoristas habilitados no Brasil. Seria difícil levá-los todos a hospitais. Por isso, talvez fosse possível obter depoimentos de pessoas, a serem veiculados pelas autoescolas. Ele citou o exemplo de vítimas de acidentes de trânsito com graves sequelas, que ofereceram depoimentos a serem utilizados pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro em campanhas da Lei Seca.

O Senador Wellington Dias registrou que a OMS formalizou recomendação aos países membros no sentido de adotarem providências para que a carteira de motorista seja sempre vinculada, com período curto de validade, de modo que o motorista esteja sempre obrigado à renovação, em ocasiões em que participa de campanhas de prevenção de acidentes de trânsito. Segundo o Senador, diversos países desenvolvidos já adotam essa sistemática.

O Sr. Gerardo ressaltou que, em alguns países, o motorista recebe uma licença provisória ao receber sua primeira carta. Sugeriu que, no Brasil, o motorista poderia receber uma licença provisória de dois anos, que é o normal em países desenvolvidos e somente se não cometesse nenhuma infração nesse período é que poderia receber a carta permanente.

O Senador Wellington Dias asseverou que a Subcomissão tem enfrentado grande dificuldade para propor que o governo destine cerca de R\$



300 milhões para parcerias com a rede de tratamento de dependentes químicos. No entanto, a OMS informa que o Brasil tem um dispêndio de cerca de R\$ 30 bilhões com o tratamento de traumas. O Senador esclareceu que as medidas necessárias para ações de prevenção do uso de drogas, tratamento, acolhimento e reinserção social de dependentes químicos demandam aproximadamente R\$ 3 bilhões, incluindo cerca de R\$ 150 milhões para uma campanha nacional de prevenção. Embora pareça ser muito dinheiro, o dado da OMS aponta para a necessidade de medidas preventivas. O Senador acredita ser possível reservar para tais finalidades uma fatia dos recursos arrecadados pelo governo, especialmente depois do aumento da tributação do cigarro e das bebidas alcoólicas, que deverá gerar um volume de recursos considerável, estimado em cerca de R\$ 1,7 bilhão.

III Movimentos sociais e comunidades terapêuticas

Sr. Manoel Soares

O Sr. Manoel Soares, Coordenador Estadual da Central Única das Favelas do Rio Grande do Sul (CUFA/RS), iniciou sua explanação tratando da história da CUFA e do seu objetivo, que é abordar todas as pautas de interesse das populações das favelas brasileiras. Entre esses objetivos, a CUFA desenvolve campanhas de prevenção e combate ao uso de drogas, particularmente no caso do *crack*, recebendo grande visibilidade após o lançamento do documentário “*Falcão – Meninos do Tráfico*”.

Informou que, no período de 2007 a 2010, a CUFA participou da campanha “*Crack, nem pensar*”, realizada nos Estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, que atingiu cerca de 12 milhões de pessoas, alertando-as sobre o envolvimento com o *crack*.



O expositor apresentou as ações desenvolvidas pela CUFA no Rio Grande do Sul, sob a perspectiva de ocupar espaços e falar com clareza sobre os malefícios do *crack*. As Centrais, presentes em todos os Estados brasileiros, buscam desenvolver ações específicas para cada realidade e promovem profícuas trocas de experiência.

O Sr. Manoel alertou para o fato de as ações de prevenção não se focarem apenas no *crack*, mas assumirem um caráter global, aplicável a todas as demais drogas. Apesar da gravidade do *crack*, não se pode, segundo ele, limitar as ações a uma única droga, quando as demais podem ser tão ou mais graves. Na ocasião, informou que o consumo de oxi, nova droga, mais barata do que o *crack*, feita a partir de querosene, cal virgem e pasta básica de cocaína, ácido muriático, bicarbonato e amônia, já ultrapassou o *crack* na cidade de Brasília. Além do oxi, mencionou outra droga nova: a brita, ou seja, maconha prensada com fragmentos de oxi ou de *crack*.

O Sr. Manoel Soares apresentou livros produzidos pela CUFA, escritos sob a filosofia de ocupação de espaços, para prevenir a disseminação das drogas, bem como um vídeo, editado por jovens de Porto Alegre, sobre a ocupação de um espaço considerado reduto de usuários de *crack*, com atividades culturais e esportivas, consideradas aptas a afastar a disseminação das drogas, para mostrar que é preciso ocupar os espaços na vida do jovem e da família, assim como é preciso ocupar os espaços das cidades e das ruas.

O Sr. Manoel comentou ainda que as mães, frequentemente, não têm para onde levar seus filhos já viciados e acabam tendo de acorrentá-los em casa. Lembrou também que não há tratamento específico para o caso de dependentes de *crack*.

Quanto ao acesso a programas governamentais, o Sr. Manoel afirmou



que os frequentadores dos projetos da CUFA têm dificuldades em relação ao tipo de linguagem adotada pelos programas, porque ela não é acessível a determinados grupos.

Frei Hans Heinrich Stapel

O Frei Hans Heinrich Stapel, fundador e representante da Fazenda da Esperança, manifestou sua discordância em relação às críticas do Sr. Emmanuel (médico, representante da Associação Brasileira de Psiquiatria) sobre a carência de bases científicas das comunidades terapêuticas. Concordou até mesmo com o fato de faltar estrutura e preparo a muitas comunidades, mas afirmou que os métodos das comunidades têm obtido resultados importantes, promovendo a recuperação de muitas pessoas, com o enfoque espiritual.

O Frei Hans se referiu à falta de valores e à existência de muitos problemas espirituais de grande parte dos jovens. Referiu-se também aos novos conceitos hoje reinantes acerca do trabalho por parte de jovens. Afirmou que há algum tempo o trabalho era incentivado, e atualmente os adolescentes não podem mais trabalhar nas comunidades.

O Frei Hans discorreu sobre a necessidade de financiamento de programas de tratamento de usuários e dependentes, mas questionou os critérios adotados. Ele se referiu ao edital lançado pelo Governo Federal, destinado a financiar vagas em comunidades terapêuticas. Afirmou que a Fazenda da Esperança optou por não participar do processo de seleção, por discordar da proposta, que, segundo ele, exigia que as comunidades terapêuticas praticamente se tornassem hospitais, com a presença constante de médicos, além de impor restrições ao trabalho dos internos no âmbito da



metodologia.

A filosofia da comunidade, segundo o Frei Hans, é a recuperação espiritual dos jovens, com base em valores sólidos, e a recuperação pelo trabalho, visto como necessário para a formação desses jovens. Entende o Frei Hans que a participação da família e dos pais também é imprescindível para a recuperação dos jovens, e esta também foi restringida pelo edital.

Afirmou que a maior restrição, contudo, foi quanto à liberdade religiosa. O edital vedava a obrigatoriedade de os dependentes participarem de atividades religiosas, sob o pretexto de não se violar a liberdade religiosa assegurada pelo Estado laico que é o Brasil. O Frei Hans afirmou que a metodologia da comunidade é rigorosa e baseia-se na liberdade de adesão do dependente, e ele não vê contradição entre a adoção da religião católica, no caso da Fazenda da Esperança, e a condição de Estado laico que tem o Brasil. Isso porque, apesar de laico o Estado, o povo brasileiro é profundamente religioso. Ademais, a comunidade ensina valores a partir da doutrina católica e acolhe pessoas de orientações religiosas das mais diversas, como ateus, ortodoxos ou evangélicos. Não há o ensino de uma doutrina religiosa e sim o ensino de valores humanos universais.

O Frei Hans questionou também a forma como são oferecidas emendas para favorecer as instituições terapêuticas, tanto na Câmara quanto no Senado, e também a forma como são anunciadas na imprensa, sem que a instituição por ele representada receba valor algum antecipadamente. Ressaltou que, no final, depois de toda a burocracia com a papelada para a aprovação da emenda, muitas vezes elas não saem do papel. Sugeriu que, em situações de emergência, não deveria haver licitações para selecionar comunidades terapêuticas, nas quais, muitas vezes, vencem empresas sem condições de



terminar as obras. Pontuou que se deveria criar um grupo responsável por avaliar as comunidades e, àquelas que são sérias, dar-se-ia um selo, e estas receberiam o financiamento público.

Por fim, o Frei Hans afirmou que as comunidades terapêuticas estão aptas a colaborar com o tratamento de usuários e dependentes e desejam contar com os financiamentos disponíveis, inclusive por parte do Estado. Mas não se pode admitir interferências indevidas nas metodologias dessas entidades, que devem funcionar de acordo com os princípios e as filosofias que as norteiam.

Em resposta à questão da Senadora Ana Amélia sobre quantos, dos 20 mil que foram atendidos pela Fazenda da Esperança, foram ressocializados, o Frei Hans afirmou que a estatística gira em torno de 80%, considerando aqueles que, após um ano de convívio, continuam frequentando os grupos chamados Esperança Viva.

Relativamente à questão da Senadora Ana Amélia sobre o autoritarismo que algumas autoridades públicas exercem, fundamentadas no Estatuto da Criança e do Adolescente, o Frei Hans ressaltou que é preciso, sim, coibir a exploração infantil, mas não concorda com o fato de se proibir o trabalho das crianças e dos adolescentes que estão internados. Informou que, na Fazenda da Esperança, as crianças trabalham oito horas, mas, se há uma ação na justiça, a Fazenda perde a ação. Considera que é importante a permissão a esse tipo de trabalho.

Respondendo à pergunta da Senadora Ana Amélia questionando se todas as religiões deveriam criar suas próprias comunidades terapêuticas, o Frei Hans respondeu que os adeptos de todas as religiões são bem-vindos e que, mesmo sabendo das práticas diárias da Fazenda, muitos optam por ficar e



entendem muito bem que o que se quer ensinar são valores e a convivência com os diversos credos.

Padre Haroldo Rahm

O Padre Haroldo Rahm, representando o Sr. Luís Roberto Sdoia, Presidente da Instituição Padre Haroldo, discorreu sobre as relações entre a ciência e a religião e sobre a sua formação, no que se refere ao tratamento e à atenção aos usuários e dependentes de drogas. Ele falou da importância de se dar a devida atenção ao problema do uso de *crack* no Brasil, sobretudo porque o problema atinge especialmente a população pobre e a juventude, mas frisou que considera o álcool o maior problema, e não o *crack*.

O Padre Haroldo comentou sobre as dificuldades de cobrir os custos dos tratamentos, já que são altos, por envolverem despesas de diferentes naturezas, inclusive o pagamento de profissionais de diversas áreas. Além disso, os tratamentos são voltados geralmente para pessoas de baixa renda, que não têm condições de pagar por eles. Afinal, as comunidades terapêuticas tratam, na maior parte dos casos, de pessoas pobres.

Quanto à forma como devem ser tratados os usuários e dependentes químicos, o Padre Haroldo discorda que devam ser eles considerados doentes. Ele comparou o abuso de álcool e drogas com o abuso de comida, questionando o fato de apenas o primeiro caso ser considerado uma doença. Ademais, a atenção que o *crack* tem recebido deve servir também para alertar para os efeitos devastadores do álcool sobre a população, que são muito mais sérios atualmente do que os efeitos das drogas ilícitas.

O Padre Haroldo defendeu que se deve respeitar a espiritualidade de todos aqueles que se submetem a um tratamento para a dependência de álcool



e drogas. Ele defende que mesmo aqueles que não têm uma religião possuem uma espiritualidade, que precisa ser respeitada, da mesma forma que se deve respeitar o conhecimento e os métodos científicos. Desprezar um ou outro elemento não é uma solução aceitável, sendo mais proveitoso que o trabalho seja feito conjuntamente com representantes de ambas as correntes.

Questionado pela Senadora Ana Amélia sobre como consegue dar atendimento a pessoas com diferentes problemas, o Padre Haroldo respondeu que conta com uma excelente equipe profissional, com profissional especializado para cada tipo de público. Para pagar a essas pessoas e manter a comunidade, ele escreve cartas aos brasileiros e dá palestras em empresas e indústrias mostrando o trabalho realizado pela instituição, e, conseqüentemente, as pessoas acabam ajudando, mas ressaltou que, se houvesse o financiamento público, o trabalho realizado poderia ser multiplicado. Afirmou que a estatística de ressocialização da Instituição Padre Haroldo é de 40%.

Deputado Givaldo Carimbão

O Deputado Givaldo Carimbão ressaltou que a falta de condições financeiras proporciona a ineficiência das comunidades terapêuticas, que são muito requisitadas pela comunidade e fiscalizadas por parte do governo, mas, ao mesmo tempo, não recebem recursos públicos condizentes com a missão que receberam da sociedade.

Informou que 95% das pessoas que estão cumprindo medida socioeducativa ou cumprindo sentença prisional têm envolvimento com *crack* e outras drogas. Ressaltou também que a maioria dos crimes que ocorre está relacionada com o uso de drogas, mas, no Boletim de Ocorrência, não há



registro de que a pessoa usa ou não droga, e, conseqüentemente, esses registros não vão para as estatísticas.

Salientou que o trabalho realizado com dependentes químicos é feito com as chamadas casas acolhedoras, dotadas de psiquiatra, psicólogo, assistente social e psicoterapeuta, que fazem a triagem dos pacientes e separam aqueles que têm transtorno mental daqueles que são dependentes químicos.

Falou também sobre o edital lançado pelo governo para requisitar vagas nas comunidades terapêuticas, cotando para tanto o valor do reembolso de R\$ 800,00. Informou que só foram preenchidas 985 vagas, e, destas, após as verificações legais, ficaram 650 vagas. Mencionou a existência dos Centros de Assistência Psicossociais Álcool e Drogas (CAPS-AD) e os Centros de Assistência Psicossociais III (CAPS III), considerando-os como a municipalização do transtorno mental e a única ferramenta de que o Brasil dispõe para o atendimento aos dependentes químicos. Ressaltou o déficit de vagas para tratamento da população mais pobre, que não pode pagar pelo acolhimento, nem pelos remédios, nem pelas consultas.

Concordou com a questão já suscitada de que as comunidades terapêuticas devem ficar no campo de atuação do Ministério do Desenvolvimento Social. Pontuou que, se o Brasil investir R\$ 1 milhão nas comunidades terapêuticas, serão atendidas mais de 100 mil pessoas pelo valor de R\$ 800,00, o que, segundo ponderou, pode ser uma decisão política que pode ser resolvida por uma medida provisória.

Comentou, também, pesquisa realizada no Estado de Alagoas e publicada na Gazeta de Alagoas que dava conta de que, depois que foram retirados 500 dependentes químicos das ruas, acolhidos em comunidades



terapêuticas, houve redução da violência, comprovada pela redução do número de homicídios.

Fizeram uso da palavra as Senadoras Ana Amélia e Vanessa Grazziotin e os Senadores Wellington Dias, Waldemir Moka e Eduardo Suplicy, além do Deputado Givaldo Carimbão. Houve considerações sobre os processos de ressocialização, para além da mera recuperação dos usuários e dependentes, e sobre as contribuições das comunidades terapêuticas para o tratamento. Também se discorreu sobre o papel do Estatuto da Criança e do Adolescente na normatização dos procedimentos de recuperação de crianças e adolescentes envolvidos com as drogas. Houve também um debate sobre o caráter religioso das comunidades terapêuticas e formas de conciliar esse caráter religioso com os métodos de tratamento, particularmente a partir de valores comuns. Também se tratou da inconveniência de se cuidar do problema da dependência de drogas apenas sob o ponto de vista médico e farmacêutico, sem se considerar a espiritualidade dos pacientes. Nesse ponto, o debate voltou-se para o contraponto entre um modelo de assistência social ou de um modelo de assistência médica. Teceram-se considerações sobre os efeitos das políticas que têm sido planejadas para o combate ao uso de drogas e às doenças mentais no Brasil, consideradas inadequadas, sob diversos aspectos. Falou-se ainda sobre a publicidade de tabaco e álcool e a sua relação com o uso de drogas, mencionando-se a liberalização do uso de drogas e os efeitos que essa medida poderia ter e também os efeitos de políticas sociais sobre o uso de drogas. Discutiui-se ainda sobre os problemas relativos ao financiamento de projetos de recuperação de usuários e dependentes de *crack*, com a defesa do aumento dos recursos destinados a esses programas e a reformulação das regras impostas para as entidades beneficiárias desses



53316.11448

recursos.

A Senadora Ana Amélia ressaltou que a comunidade médica identificou a insuficiência de locais para tratamento dos dependentes. Citou o exemplo dos CAPS-AD, que são ao todo 263 no País para uma população de 190 milhões de habitantes. São 12 na Região Norte; 75 na Região Nordeste; 15 na Região Centro-Oeste; 104 na Região Sudeste; 57 na Região Sul.

Tabela I - Assistência psiquiátrica no Brasil

	UF	Dados de 2010				Dados de 2011						
		Hospitais	Leitos	Leitos por mil hab. ¹		UF	Caps I	Caps II	Caps III	Caps I	Caps AD	Caps por 100 mil hab. ¹
Norte	AC	1	35	0,05	Norte	AC	0	1	0	0	1	0,27
	AP ²	-	-	-		AP	0	0	0	1	2	0,45
	AM	1	20	0,01		AM	5	4	1	0	0	0,23
	PA	1	56	0,01		PA	24	12	1	2	6	0,44
	RO ²	-	-	-		RO	11	5	0	0	1	0,74
	RR ²	-	-	-		RR	1	0	0	0	1	0,33
	TO	1	160	0,12		TO	7	2	0	0	1	0,47
Nordeste	AL	5	880	0,28	Nordeste	AL	37	6	0	1	2	0,88
	BA	7	877	0,06		BA	121	31	3	7	16	0,85
	CE	7	949	0,11		CE	45	29	3	6	17	0,94
	MA	3	662	0,10		MA	36	13	1	3	6	0,63
	PB	5	691	0,18		PB	38	8	3	7	8	1,23
	PE	13	1.932	0,22		PE	26	18	2	6	12	0,59
	PI	1	160	0,05		PI	27	6	1	1	4	0,83
	RN	4	572	0,18		RN	12	11	1	2	6	0,84
	SE	2	280	0,14		SE	19	4	3	2	4	1,16
Centro-oeste	DF	1	85	0,03	Centro-Oeste	DF	1	2	0	1	2	0,21
	GO	10	1.171	0,20		GO	11	14	0	2	4	0,42
	MT	2	202	0,07		MT	24	2	0	2	5	0,69
	MS	2	200	0,08		MS	9	6	1	1	4	0,69
Sudeste	ES	3	565	0,16	Sudeste	ES	7	8	0	1	3	0,44
	MG	17	2.292	0,12		MG	81	46	8	12	20	0,67
	RJ	36	6.224	0,39		RJ	34	39	1	16	19	0,58
	SP	54	10.780	0,26		SP	61	76	22	30	62	0,56
Sul	PR	15	2.452	0,23	Sul	PR	35	27	2	8	22	0,74
	RS	6	810	0,08		RS	65	37	0	15	24	1,01
	SC	4	680	0,11		SC	43	13	2	6	11	0,87
Brasil		201	32.735	0,174	Brasil	780	420	55	132	263	0,68	

¹ Cobertura, segundo o Ministério da Saúde: muito boa (acima de 0,7), regular/boa (0,5 a 0,69), regular/baixa (0,35 a 0,49), baixa (0,2 a 0,34) e insuficiente/crítica (abaixo de 0,20). ² Não há dados disponíveis para esses estados.

Fonte: Ministério da Saúde, com dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Fonte: Ministério da Saúde, com dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).



O Senador Wellington Dias salientou que, no edital lançado pelo governo, para selecionar comunidades terapêuticas, há três pontos polêmicos: i) a negação da religiosidade das comunidades; ii) a exigência de as comunidades terapêuticas manterem estrutura típica de hospital; e iii) os procedimentos internos, entre eles a questão do trabalho dos internos. Pontuou que vem ponderando, com a equipe do governo que cuida do edital, que o convênio a ser feito tem que ser na área social e não na área de saúde. Ressaltou também que o caminho simples para resolver a questão da espiritualidade é o direito de opção daquele que está em vias de adentrar em uma comunidade terapêutica.

Informou que as reuniões da Subcomissão têm como objetivo pactuar um sistema de ação adequado para o Brasil, no qual um dos ministros assuma a coordenação desse sistema, para que haja força para trabalhar as ações de modo integrado com os demais ministérios. Ao mesmo tempo, ponderou que é preciso que os estados e os municípios também tenham o seu sistema e haja pessoas qualificadas para trabalhar com esses temas.

Ressaltou que é preciso também criar redes de saúde, de alta, média e baixa complexidade; redes de psiquiatria, para tratar do corpo e da mente, e a rede social, que conta com os CRAS e com os CREAS, devendo ser incluídas nessa área todas as comunidades terapêuticas; e redes de reinserção social, que devem atuar nos campos da economia e da geração de emprego.

Pontuou também a necessidade da organização dessas comunidades para que possa haver uma pactuação mínima da conceituação e das formas de trabalhos que dão certo. Por fim, sugeriu a organização da mobilização dessas entidades.



Mencionou, ainda, pesquisa sobre a redução dos homicídios e dos conflitos do tráfico nos países que adotaram a liberalização da maconha e algumas outras drogas, nos quais houve a ampliação do consumo, chegando às crianças e aos bebês, por intermédio das mães, levando muitas pessoas à morte.

A Senadora Vanessa Grazziotin mencionou a questão das áreas de fronteiras e perguntou aos debatedores como se integraria o atendimento das áreas de fronteira com as redes oficiais de assistência do governo no Plano de Enfrentamento ao Crack, criado no ano de 2010. Afirmou também que não há divergência nem contradição entre aqueles que cuidam da parte física e aqueles que cuidam da parte espiritual, sendo necessário discutir o edital lançado pelo Governo Federal, que considera extremamente ruim.

O Senador Eduardo Suplicy comentou que, com a proibição da publicidade de tabaco, houve redução na venda de cigarros, e, portanto, sugeriu também a proibição de propaganda de bebidas alcoólicas nos meios de comunicação.

Dom Irineu Danelon

Dom Irineu Danelon iniciou sua exposição relatando que seu engajamento na luta contra a dependência química teve início quando dois de seus sobrinhos, ainda jovens e viciados em drogas, morreram. Nessa época, como responsável, na CNBB, pelo setor de educação e juventude, ele motivou representantes de diversas pastorais a se unirem na causa de combate às drogas. Um dos resultados concretos foi a campanha nacional da fraternidade do ano de 2001, intitulada “*Vidas sim, drogas não!*”. Foram cinco as frentes de trabalho: prevenção, intervenção, recuperação, ressocialização e políticas



públicas.

A importância da luta fez com que a Pastoral da Sobriedade viesse a se tornar um organismo permanente da CNBB, dando apoio a todos os movimentos da Igreja Católica – que, segundo o Bispo, não são poucos – de combate às drogas. O sistema de recuperação em doze passos, dos Alcoólicos Anônimos, inspirou o programa da Pastoral, concretizado em um livro-base. Além de casas de recuperação, o trabalho da Pastoral envolve hoje 2.300 grupos de autoajuda, que já prestaram atendimento a milhões de pessoas. O trabalho inclui, ainda, publicações sobre o tema das drogas, incluindo a Revista da Sobriedade.

Dom Irineu Danelon lamentou a falta de apoio governamental aos grupos de autoajuda, que, segundo ele, são uma alternativa viável ao tratamento de dependentes, dado seu baixo custo de manutenção – em torno de R\$ 15 mil mensais. Contrastando com esse valor, a ampliação e a manutenção do sistema carcerário consomem mais recursos públicos, sem eficácia na recuperação dos criminosos envolvidos com droga, que somam 80% do total de encarcerados.

A tônica do programa de recuperação proposto pela Pastoral da Sobriedade consiste não só na eliminação da dependência química, mas também no estímulo da consciência da dignidade do ex-viciado. Nesse sentido, Dom Irineu destacou que, segundo avaliação dos grupos de autoajuda, o acolhimento é o recurso que melhor colabora com a recuperação dos usuários de drogas. Sentindo-se acolhidos e gratos pelo empenho desses grupos, a maioria dos ex-viciados torna-se agente da Pastoral, ajudando outros dependentes a se reerguerem.

O sucesso do trabalho de ressocialização depende, ainda, do



envolvimento dos familiares do viciado, principalmente quando os grupos de autoajuda não conseguem resultados diretos. Dom Irineu lembrou que a presença de um dependente em casa atinge todo o grupo familiar, e, nesse sentido, os grupos de autoajuda encorajam os familiares a enfrentar o problema da droga sem negar afeto ao dependente. Mas enfatizou que a adição do aspecto da afetividade ao tratamento dos viciados não significa permissividade para com suas atitudes. É o que ele classificou como “amor exigente”.

Por ocasião da exposição de Dom Irineu, fizeram uso da palavra a Senadora Ana Amélia e os Senadores Waldemir Moka e Eduardo Amorim.

O Senador Waldemir Moka perguntou como os grupos de autoajuda funcionam na prática e se são de caráter apenas preventivo. Dom Irineu explicou que os grupos utilizam-se de diversas técnicas já conhecidas, como a terapia de grupo, terapia laboral e terapia da amizade, com acompanhamento de psicólogos. Contudo, o sucesso do trabalho depende do fato de os envolvidos serem “peritos” na arte de amar, enfatizando novamente a necessidade do emprego da afetividade no tratamento de viciados. Os grupos podem funcionar em salas, paróquias e até em casas particulares. As reuniões ocorrem com a adoção do modelo das reuniões dos Alcoólicos Anônimos. Informou também que são mais de mil as comunidades terapêuticas que seguem o modelo proposto pela Pastoral da Sobriedade.

A Senadora Ana Amélia fez dois questionamentos – A religião tem efetiva influência na prevenção do envolvimento do jovem com as drogas? O governo está agindo adequadamente em sua política de prevenção às drogas? –, e Dom Irineu respondeu que já há informação científica que comprova que a espiritualidade colabora não só no processo de recuperação do vício, como



previne o contato com as drogas.

Quanto à relação com o governo, explicou que o poder público faz muitas exigências para que possa conceder ou manter apoio financeiro às comunidades terapêuticas. Ponderou que deve haver um maior aporte de recursos públicos para o apoio desses grupos. O que existe hoje é insuficiente. Quando não há verba para contratar profissionais de saúde (psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, médicos) que atuem nas comunidades terapêuticas, recorre-se à ajuda de voluntários; mas estes, apesar da boa vontade, dedicam-se ao trabalho subordinados a restrições.

Ressaltou Dom Irineu que, com R\$ 25 milhões, recurso necessário à construção de uma unidade penitenciária, é possível construir 30 comunidades terapêuticas, com evidente vantagem destas na capacidade de recuperar viciados. Ainda que haja necessidade de construir presídios, é preciso que o governo adote estruturas penitenciárias mais humanas, já que mesmo os centros de ressocialização são dotados de recursos que viabilizam uma efetiva recuperação dos detentos. Citou o exemplo do Chile, cuja estratégia foi ressocializar por meio da oferta de esporte, música e educação aos viciados.

O Senador Eduardo Amorim criticou o excesso de burocracia governamental, que dificulta a liberação de recursos públicos às comunidades terapêuticas. O investimento de recursos em instituições que fazem um trabalho preventivo evita que se gaste com a construção de delegacias e presídios, um modelo perverso que acarreta prejuízos sociais e humanos. Assim, propôs que a Subcomissão se dedique a estudar como facilitar o repasse de recursos a entidades que cuidem da recuperação de viciados, sem que isso prejudique o poder fiscalizatório dos entes federados e órgãos competentes.



O Senador Wellington Dias lembrou que, em recente reunião com quatro federações vinculadas às comunidades terapêuticas, a Presidente da República, Dilma Rousseff, pediu para que elas apresentassem propostas para a mudança da Portaria nº 101, da Anvisa, instrumento que trata da relação do governo com essas comunidades. A Presidente criou um grupo interministerial para apresentar uma proposta de rede integrada para a ressocialização do usuário de drogas. Na sequência, perguntou a Dom Irineu a quem cabe a coordenação dos grupos de autoajuda.

Dom Irineu explicou que a Igreja é dividida em regionais. A Pastoral promove, nessas diversas regionais, congressos para habilitação de agentes dos grupos, dando uniformidade ao trabalho destes. Segundo informou, já foram formados mais de 200 mil agentes.

IV Sindicatos e instituições privadas

Sra. Juneia Martins Batista

A Sra. Juneia Martins Batista, Secretária Nacional de Saúde do Trabalhador, da Central Única dos Trabalhadores (CUT), afirmou que assumiu, em fevereiro deste ano, a Secretaria Nacional de Saúde do Trabalhador, da CUT. Disse que sua militância sempre esteve relacionada a questões de gênero e que, portanto, não possui muita experiência sobre o problema das drogas. Informou também que esse tema não consta da pauta do movimento sindical, principalmente dos sindicatos da CUT, apesar de, comprovadamente, haver trabalhadores com problemas de dependência química. Citou especificamente os caminhoneiros, categoria com o maior índice de morte no trabalho. Muitos desses profissionais tomam rebite e acabam sofrendo acidentes, na ânsia de atenderem a jornadas de trabalho



intensas e a prazos de entrega apertados.

Salientou que os sindicatos cobram políticas das três esferas de governo, mas, de maneira geral, não têm ações específicas de combate às drogas. Informou que a CUT participa agora de uma comissão tripartite, composta por trabalhadores, empresários e governo – representado pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência –, na qual se pretende discutir propostas para que o Plano Nacional de Saúde contemple políticas públicas para os dependentes químicos.

Considerou importante a realização desta audiência para que se elabore um plano integrado entre a sociedade civil, os Conselhos Municipais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde que contemple esse problema. Ressaltou que se deve pensar como o movimento social sindical, que está muito próximo do trabalhador, pode e deve ajudar. Afirmou que esse assunto deve constar das agendas dos sindicatos, das negociações coletivas e de onde houver uma forma de minimizar o sofrimento dos dependentes químicos.

Questionou o trabalho desenvolvido pela Prefeitura Municipal de São Paulo de retirada de usuários de drogas da Cracolândia e do posterior encaminhamento deles para clínicas de desintoxicação, sem o aval das pessoas envolvidas. Ressaltou a necessidade de debater o assunto para que surjam novas propostas no tratamento da dependência. Como exemplo de humanidade e respeito, citou as narcossalas de Frankfurt, na Alemanha, para onde os dependentes vão voluntariamente para se drogarem. Esse é um primeiro passo para a desintoxicação; o segundo consiste em um trabalho, que envolve uma equipe multidisciplinar.

A palestrante elogiou a proposta, feita pelo Senador Wellington Dias, de sugerir, às centrais sindicais, a criação de uma política de saúde nessas



entidades, bem como a realização de uma pesquisa sobre o uso de drogas pelos trabalhadores e a consequente reação dos empregadores em face da dependência, pelo empregado, do *crack* e da maconha. Afirmou que essas sugestões são verdadeiros desafios, visto que a CUT se preocupa com a saúde do trabalhador e com as condições do ambiente de trabalho relativamente a doenças como a aids, mas não com a dependência química. Ressaltou que as entidades sindicais, no ambiente em que atuam, podem colaborar com programas de prevenção do uso de drogas.

Quanto à reação dos empregadores ao lidar com um empregado com problemas de dependência, comentou que as reações são diversas, mas citou o caso do funcionário de uma padaria em São Paulo, afastado por três meses para se tratar da dependência da maconha, em comum acordo com o patrão. Falou também do programa da Prefeitura de São Paulo, que permite a participação do servidor em terapias, admitindo, inclusive, seu afastamento completo até a recuperação.

Sr. José Wilson de Souza Gonçalves

O Sr. José Wilson de Souza Gonçalves, Secretário de Políticas Sociais da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), informou que o interior do País sofre com o problema das drogas, não só com o álcool, questão antiga no meio rural, mas também com a maconha e com o *crack*. Disse que a ingestão de bebidas alcoólicas associada ao uso de motocicletas tem provocado crescimento no número de acidentes com mortes, principalmente de jovens, realidade vinculada à melhora de vida da população, que, com maior poder aquisitivo, procura um meio de transporte barato, que não seja a bicicleta.



Afirmou que, de acordo com depoimentos de pais, de lideranças comunitárias, de professores e de agentes de saúde, o uso do transporte escolar aliado à falta de política de verificação da presença dos jovens em sala de aula contribui para o contato dos estudantes do meio rural com as drogas. Eles ficam mais soltos e, portanto, vulneráveis, tanto ao vício quanto ao tráfico. Os pais têm dificuldade de acompanhar a frequência escolar do filho. Esse papel é entregue, muitas vezes, ao motorista da condução ou ao professor da escola.

A dependência das drogas no meio rural, segundo o expositor, também está relacionada à questão econômica e à falta de emprego, bem como à ausência de uma política educacional contextualizada com a realidade rural. Disse que, apesar de o campo oferecer muitas oportunidades de ocupação de mão de obra, isso nem sempre é sinônimo de resultados econômicos, que ou são insuficientes ou são sazonais. Além disso, não há uma política educacional voltada para formar e profissionalizar pessoas para desempenhar atividades no meio rural. Exemplificou com o problema da falta de profissionais da área de saúde nas cidades pequenas, apesar de, muitas vezes, a oferta de salário ser compensadora. Informou que a droga também está mais presente nos bairros de periferia, onde as moradias são mais precárias.

Avaliou, portanto, que as causas dos problemas com as drogas centram-se no desemprego, na educação e na habitação, questões que devem ser consideradas na elaboração das políticas públicas para o combate às drogas. Em sua opinião, não se combatem as drogas com proibições, mas com oportunidades para que essas pessoas tenham outra vida e com políticas que valorizem suas habilidades e o espaço em que vivem. Salientou que o problema das drogas e da dependência química está relacionado a um



conjunto de fatores ligados à questão social, econômica e educacional.

Informou que a Contag está fazendo uma proposta para o Programa de Combate à Pobreza Extrema no País, que alia um conjunto de políticas, desde reforma agrária e assistência técnica até políticas de saúde e de educação. A questão que se coloca hoje é dar um passo à frente do Programa Bolsa Família, para permitir que as pessoas se tornem independentes dele, sem retroagir.

A Senadora Ana Amélia comentou a surpresa que teve ao saber, pelo palestrante, Sr. José Wilson de Souza Gonçalves, que o transporte escolar tem sido um veículo facilitador do acesso às drogas. Questionou como isso pode acontecer se há um mecanismo previsto no Programa Bolsa Família que exige que a família controle o desempenho e o rendimento do estudante. Se esse instrumento não funciona, pergunta o que está sendo feito pelo Conselho Municipal de Educação, pela polícia e pelo Ministério Público, bem como pelas entidades sindicais.

Informou que profissionais de diversas áreas são unânimes em declarar que a escola desempenha papel primordial na formação do jovem, mas a família com formação religiosa é mais importante. Defendeu a retirada de jovens dependentes químicos das ruas, mesmo contra a vontade deles, quando se tornam um risco para a integridade das pessoas. Salientou a necessidade de uma política de combate às drogas elaborada em conjunto com os diversos setores da sociedade.

Sérgio Antônio Rossato

O Sr. Sérgio Antônio Rossato, Gerente Corporativo de Saúde da Petróleo Brasileiro S/A (Petrobras), apresentou as premissas do programa de



saúde adotado para todos os trabalhadores que prestam serviço para a Petrobras, na faixa de 300 mil trabalhadores.

Informou que o programa de prevenção ao uso de álcool e outras drogas no âmbito da Petrobras teve início no ano de 1980 e sempre esteve alinhado com as políticas públicas e as orientações da Organização Mundial da Saúde e da Organização Internacional do Trabalho. O Programa da Petrobras contempla o combate ao uso, ao abuso e à dependência de drogas lícitas, ilícitas e medicamentosas e considera o uso dessas substâncias como doença. É estratégia da empresa para atuar no campo da prevenção a incorporação do processo de prevenção à política de segurança, de meio ambiente e de saúde da empresa. Para tanto, informou que foram incorporadas à política de prevenção da empresa as rotinas de atendimento de saúde, com abordagens sobre o assunto e a orientação para o tratamento.

Mencionou que a capacitação de profissionais para o atendimento dos trabalhadores é feita tanto com os profissionais da saúde quanto com gerentes e supervisores, em equipes de profissionais multidisciplinares. Além do investimento na capacitação de profissionais, a Petrobras também investe em tratamento e na reinserção do profissional no trabalho. Estão entre os objetivos do programa de saúde da Petrobras: contribuir para a promoção de valores de saúde, a segurança e a mudança de comportamento; controlar o aspecto social, a segurança no ambiente de trabalho e a preservação do meio ambiente, tendo em vista a saúde; mobilizar os diversos agentes da empresa para o enfrentamento às drogas; desestimular o consumo de álcool e de outras drogas, ressaltando os riscos e os danos associados; utilizar facilitadores treinados para divulgar e promover ações de prevenção, considerando as peculiaridades de cada unidade operacional, a realidade cultural e



socioeconômica de cada região.

A empresa prioriza as ações que buscam minimizar os impactos das drogas à saúde e a insegurança causada pelo uso de drogas, porque o uso de drogas e álcool no ambiente de trabalho é considerado uma situação de risco para toda a força de trabalho. Desse modo, o Sr. Sérgio citou algumas medidas utilizadas pela Petrobras para obter um ambiente livre da droga, tais como pesquisa de ambiência; ambientes livres de tabaco e bebidas alcoólicas em eventos internos ou externos; utilização de etilômetro; inspeções de bagagem de mão e veículos em unidades com grau de risco; e campanhas educativas para toda a força de trabalho e seus familiares.

O Sr. Sérgio também mencionou os aspectos do programa que tratam sobre o acolhimento, a abordagem, o plano de apoio, a orientação e o encaminhamento de trabalhadores dependentes químicos. Salientou que já nos exames periódicos os trabalhadores devem informar ao médico o uso de tabaco e de álcool, e, a partir dessas informações, a empresa desenvolve ações para a prática de hábitos saudáveis.

Apresentou também a forma como são realizados o tratamento e a reinserção do trabalhador dependente químico. Informou que são oferecidos pela empresa tratamento ambulatorial, internação em clínicas especializadas, desintoxicação hospitalar e acompanhamento pós-tratamento. Além disso, há cláusulas específicas do acordo coletivo de trabalho que tratam sobre o programa de resgate, a redefinição do potencial laborativo e o programa de readaptação. E, para complementar o programa de readaptação, há por parte da empresa a avaliação e o acompanhamento, um sistema de vigilância em saúde que analisa os dados para subsidiar o planejamento e as ações de prevenção ao uso de álcool e outras drogas.



As ações continuadas de prevenção e tratamento na Petrobras dependem do patrocínio gerencial ou do apoio das lideranças. No entanto, desde o primeiro momento em que o funcionário entra na empresa passa a receber informações pelo sistema de internet e passa a ter acesso aos seus dados de saúde. Os gerentes também têm acesso aos exames de seus subordinados, que passam a fazer um mapeamento da saúde dos trabalhadores da empresa. Salientou que são realizados exames periódico, social, nutricional e psicológico anualmente e que os gerentes e os supervisores estão capacitados para abordar o assunto e facilitar o acesso ao tratamento de seus subordinados.

Ressaltou que a Petrobras tem muita preocupação com a saúde daqueles que trabalham em regime de turno de revezamento, porque o impacto do trabalho no ritmo circadiano é muito intenso, principalmente nos trabalhadores mais jovens, faixa etária na qual são encontrados primeiro dependentes de álcool, depois de maconha e, na sequência, de cocaína e de outras drogas.

Luciana Garritano Barone do Nascimento

A Sra. Luciana Garritano Barone do Nascimento, Assessora Técnica da Gerência de Saúde do Departamento Nacional do Sesc, inicialmente mencionou as atividades educativas desenvolvidas pela entidade na área de saúde que, além dos próprios comerciários, acabam beneficiando toda a comunidade. São oficinas de teatro com a comunidade local e com adolescentes para apresentar os problemas locais. A preocupação é mantê-los sempre atualizados com as novas políticas de tratamento, e, por isso mesmo, as atividades procuram sempre desconstruir alguns paradigmas em relação ao



uso abusivo de álcool e drogas lícitas e ilícitas.

Informou que é produzido, juntamente com o Senac, o programa de rádio *Sintonia Sesc Senac*, que é transmitido para mais de mil rádios comunitárias e educacionais. Nesse programa são debatidos vários temas de interesse da comunidade, entre eles as drogas, que são gravados em CDs e enviados para as diversas rádios comunitárias brasileiras e até estrangeiras. Além das rádios, o programa é apresentado em escolas e em ações educativas de saúde, nas empresas do comércio, em instituições parceiras e nas dependências do Sesc.

Mencionou também o trabalho realizado nas escolas do Sesc sobre o uso abusivo do álcool e outras drogas, por meio de oficinas, debates e rodas de conversas, no qual são apresentados temas como a história das drogas, a prevenção e o combate ao uso.

A Sra. Luciana comentou sobre o trabalho realizado com os estudantes do Sesc, no sentido de detectar se há dependentes entre eles e, a partir daí, há um trabalho de conscientização e de prevenção. Não há atuação dessa instituição na área de tratamento ou de recuperação. Ressaltou que os técnicos da instituição estão em constante capacitação e o Sesc tem feito parcerias com diversas instituições, entre elas as Polícias Cíveis e Militares, para as quais disponibiliza material e ferramentas importantes para a capacitação.

Rosângela Lengler

A Sra. Rosângela Lengler, Gerente da Unidade Estratégica de Resultados de Responsabilidade Social do Departamento Regional do Sesi do Rio Grande do Sul, destacou a forma de atuação da entidade na prevenção ao uso de drogas no trabalho e na família. Ressaltou que esse projeto de



prevenção vem de uma parceria com o escritório das Nações Unidas sobre Droga e Crime, que repassou uma metodologia desenvolvida por médicos e foi aplicada como projeto piloto na Noruega, para prevenir e reduzir o consumo de drogas entre trabalhadores.

O público-alvo desse projeto são os trabalhadores da indústria e seus familiares, e os índices de consumo de bebidas alcoólicas foram retirados de pesquisas que deram conta do impacto do consumo de vinho na região, questão que foi alterada com a retirada dessa bebida das principais refeições oferecidas pelo Sesi, em razão da lei do Programa de Alimentação do Trabalhador.

O projeto do Sesi consiste no acompanhamento do ambiente laboral, sendo avaliados aspectos como saúde e segurança no trabalho, clima organizacional e comportamento em relação às drogas lícitas e ilícitas. A Sra. Rosângela chamou a atenção para o fato de que os medicamentos que são consumidos diariamente sem receita médica estão desvinculados de qualquer política de controle, de uso ou de abuso. Ressaltou que esses remédios vendidos livremente também podem interferir no comportamento das pessoas e influenciar no rendimento dos trabalhadores e, conseqüentemente, na produção.

A adoção do projeto do Sesi por parte das empresas se faz por meio da assinatura de um termo de compromisso, pelo qual as empresas se obrigam a cumprir todas as etapas do projeto. O Sesi então assume a responsabilidade de repassar a metodologia para o grupo indicado pela empresa. Inicialmente há uma avaliação, um estudo estatístico de algumas pessoas para traçar o perfil dos trabalhadores e o perfil da empresa. A partir disso, são levados a efeito momentos de campanha de conscientização, divulgação e internalização de



processo de mudança de comportamento. Após 18 ou 24 meses, é feita uma nova pesquisa, e os dados iniciais são comparados com os novos resultados.

Os resultados da implantação desse projeto no Rio Grande do Sul revelam que houve redução de 16% na proporção de fumantes e 12,5% na proporção daqueles que consomem álcool. Além disso, houve redução de 10% na proporção de ausências por motivo de doença ou incapacitação relatadas nos 12 meses anteriores à aplicação do projeto, redução de 30% na proporção de trabalhadores que costumam se atrasar, e redução de 34% no número de acidentes de trabalho.

O impacto social desse projeto é muito grande, pois são chamados a participar, além dos trabalhadores, os terceiros que mantêm contato com o Sesi, sendo a repercussão do trabalho na comunidade e no entorno das empresas bastante satisfatório.

A Sra. Rosângela informou que há um custo para a implantação do projeto pelas empresas, que devem ter um mínimo de estrutura. A equipe que recebe o treinamento do Sesi geralmente faz parte da equipe médica da empresa, recebendo os princípios básicos do projeto relativos aos aspectos social, psicológico, financeiro, e econômico.

As empresas que procuram o convênio com o Sesi são empresas de médio e grande porte, que geralmente percebem o impacto da dependência em seus indicadores econômicos. Para as empresas de pequeno porte, foi desenvolvida uma nova metodologia chamada de Projeto de Prevenção ao Uso de Drogas para Empresas de Pequeno Porte, no qual as demandas acabam sendo constituídas e encaminhadas pelo assistente social do Sesi, mas é preciso que pelo menos três ou quatro profissionais da empresa estejam envolvidos no projeto, os quais são chamados de facilitadores.



Para a implantação do projeto, são necessárias 400 horas ou um período de pelo menos 12 meses, porque é preciso o acompanhamento da implantação de todas as etapas do projeto, e, após o período da implantação, o profissional do Sesi continua fazendo o acompanhamento.

O acompanhamento do Sesi é feito inclusive depois que a empresa recebeu a certificação, e, se continuar no projeto, ela passa por um novo processo de análise e acompanhamento dos resultados, para a intensificação das campanhas ou adoção de estratégias, de modo que se torne uma política da empresa para o enfrentamento do uso de drogas e do álcool. Citou o exemplo de um *pool* de empresas que bancou a implantação do projeto num colégio estadual, em razão da preocupação com a qualificação dos futuros empregados das empresas.

A Sra. Rosângela informou que há um acordo do MEC com o Sesi para o desenvolvimento de ações de educação continuada, e o público das escolas do Sistema S está cada vez mais novo, e, portanto, as ações estão atingindo um público que está usando droga muito mais cedo. Mencionou como fatores para o uso de drogas, além de facilidades, vulnerabilidades e meio social, depressão, falta de emprego, baixo rendimento na escola, questões familiares e perda de um dos pais, questões que fazem com que o uso esteja em todas as classes sociais, em todas as faixas etárias, estando disseminada em toda a sociedade, principalmente porque a tecnologia e a comunicação facilitam o acesso dos jovens às drogas.

V Ex-dependentes

Sr. Célio Luiz Barbosa (Aracelim Paixão)

O Sr. Célio Luiz Barbosa, Coordenador-Geral do Centro de



Atendimento às Famílias da Fazenda da Paz, no Estado do Piauí, apresentou um vídeo sobre as metodologias e os processos de tratamento dos usuários de *crack* na Fazenda da Paz, que, atuando conforme o modelo de comunidade terapêutica, busca recuperar e reinserir os usuários no ambiente familiar e na sociedade.

Questionado sobre a resistência dos psiquiatras às comunidades terapêuticas, o Sr. Célio afirmou que isso ocorre porque, na comunidade terapêutica, há igualdade entre os parceiros que ajudam a construir e a dirigir a comunidade e seus pacientes. Os médicos que fazem parte de uma comunidade terapêutica precisam aprender a respeitar o paciente e principalmente a aprender com ele.

Afirmou que uma barreira que se coloca ao tratamento ministrado pelas comunidades terapêuticas é a imposição de não haver qualquer espiritualidade no tratamento do indivíduo, o que contestou afirmando que não se deve impor qualquer religião aos internos, mas deve, sim, haver espiritualidade, porque a comunidade deve refletir o que há numa família, um ambiente protegido, sem uso de drogas, sem violência, combinados com o amor, a espiritualidade, o trabalho, a reorganização, a disciplina, o respeito mútuo. Tudo isso irá fazer com que o indivíduo retorne para a sociedade.

O Sr. Célio mencionou que era conhecido como Aracelim Paixão e deu um depoimento pessoal sobre a importância da família e das comunidades terapêuticas, por ter se envolvido na criminalidade, tendo sido um grande traficante e usuário de drogas e passado pela prisão por diversos crimes. Ele se recuperou em uma comunidade terapêutica, e essa recuperação o motivou a desenvolver o trabalho de que atualmente se ocupa em Teresina, no Piauí.

O Sr. Célio comentou sobre os efeitos devastadores do oxi e chamou



53316.11448

atenção para o fato de que não se deve eleger apenas um tipo de droga para combater, mas sim dar a devida atenção a todas as outras, especialmente ao álcool, pois, muito embora tenha consequências graves, sobretudo por introduzir os jovens no mundo das drogas, a dependência alcoólica não tem recebido a devida atenção. Para o palestrante, o Brasil vive um momento único, em que toda a sociedade e todas as entidades envolvidas no tratamento e na atenção aos dependentes devem ser ouvidas, para fornecer subsídios para o combate ao uso e à dependência de drogas.

Afirmou ainda que o sucesso das terapias aplicadas na Fazenda da Paz deve-se à reunião de parcerias entre o CRAS, o CREAS, o CAPS, os hospitais e a reinserção do indivíduo na sociedade. Destacou que o número de CAPS em todo o Brasil é insuficiente para a quantidade de dependentes químicos que existem, principalmente quando se pensa na questão da internação.

Ledir da Silva Porto

O Sr. Ledir da Silva Porto, Secretário de Defesa Social do Município de Vila Velha/ES, discorreu sobre as suas experiências como usuário de drogas ilícitas e como gestor público no enfrentamento ao *crack*. Ele declarou que, a partir dos 15 anos de idade, teve envolvimento com as drogas e com a criminalidade no Estado do Espírito Santo, chegando a ser preso após um assalto a banco. Após a sua saída da prisão, foi morar em uma comunidade terapêutica, o Projeto Reviver, do hoje Senador da República Magno Malta, à época Vereador do Município de Cachoeiro de Itapemirim. Segundo ele, a comunidade foi determinante em sua vida, tendo propiciado uma oportunidade de reflexão e de recuperação, fundamentais para se livrar da dependência de drogas.



Ao cumprir o restante da pena em liberdade, o Sr. Ledir trabalhou na prevenção do uso de drogas e na recuperação de dependentes. Ele é diretor de uma casa de recuperação chamada Horta de Vida, uma comunidade terapêutica que recupera dependentes de *crack* e funciona em Viana, no Espírito Santo. É formado em Administração, com especialização em segurança pública, tendo sido Vereador do Município de Viana/ES e Secretário de Segurança do Município de Serra/ES, considerado, em 2005, um dos municípios mais violentos do Brasil. Ele registrou que enfrentou resistências ao assumir tais cargos públicos, mas que conseguiu desenvolver bons trabalhos, com reconhecimento inclusive da imprensa, que inicialmente se mostrou desfavorável a ele.

O Sr. Ledir apresentou o trabalho do grupo de enfrentamento do *crack* da Secretaria de Segurança e de Defesa Social do Município de Vila Velha. O grupo trabalha com base em três eixos. O primeiro é o de enfrentamento direto ao tráfico de drogas, com apoio das polícias, do Ministério Público e do Judiciário. O segundo eixo visa a promover a mudança de ambientes, para a construção dos chamados espaços urbanos seguros, nos locais onde há concentração de dependentes de *crack* – as *cracolândias*. Esses dependentes se aglomeram em espaços abandonados, onde acabam assumindo três perfis: o de morador de rua, o de criminoso e o de doente. Os agentes públicos vão até esses locais, com o compromisso de modificá-los. A estratégia é de acolhimento dessas pessoas, com promoção da saúde, da educação e da defesa social. A Secretaria oferece oportunidades de recuperação às pessoas que estejam nessas condições.

Após o recolhimento, é feita uma análise pela Polícia Civil, para se apurar se a pessoa tem mandado de prisão expedido, a fim de ser cumprido.



Se não há mandado, é feito o cadastro social, e a pessoa vai para a ação social, para o serviço de saúde e para a defesa social.

A Secretaria oferece oportunidade de tratamento em comunidade terapêutica conveniada. A Secretaria de Defesa Social tem firmado convênios com as comunidades terapêuticas que trabalham com dependência química, a fim de garantir vagas para todas as pessoas retiradas da rua.

O Sr. Ledir informou que é a polícia que retira os dependentes das ruas. Ele afirmou que, embora entidades de proteção dos direitos humanos critiquem essa postura, dizendo ser uma forma de limpeza social, não se trata de uma faxina, mas de uma oportunidade de que se vale a Secretaria para cuidar e tratar dessas pessoas e evitar as situações verificadas em videomonitoramento, em que se constata que usuários cometem crimes para obter a droga. Ele defendeu que os estados e os municípios se preparem para enfrentar esse grave problema, tendo em vista que não estão atualmente preparados para tanto. Alertou para o fato de haver usuários de *crack* que, conquanto tenham cometido crimes, estejam doentes e necessitando de tratamento adequado a fim de se recuperarem, e este tratamento pode ser obtido nas comunidades terapêuticas.

O Sr. Ledir Porto informou que o Município de Vila Velha está construindo uma casa de acolhida, para retirar os usuários das ruas. Nos primeiros 45 dias, eles deverão ficar nesse espaço, onde haverá atendimento médico e psicológico, de assistente social e de uma equipe multidisciplinar, com posterior encaminhamento para as comunidades terapêuticas. O Secretário afirmou que os governos são incapazes de fazer esse trabalho sem o apoio das comunidades terapêuticas, em virtude da complexidade e, em suas palavras, da necessidade de esse trabalho ser feito “com o coração”.



Ele registrou que, na maioria dos casos, o trabalho é feito por pessoas que foram drogadas ou tiveram contato com o problema na família ou por pessoas voluntárias, que são raras. Daí por que é difícil recrutar profissionais com perfil adequado, por meio de um simples termo de referência de concurso público. O Secretário recomendou que os prefeitos identifiquem em seus quadros os profissionais que se mostrem vocacionados para o desenvolvimento desse trabalho. Sugeriu também parcerias com comunidades terapêuticas já existentes, por entender que a participação da sociedade civil organizada pode ser muito importante na recuperação de dependentes, bem como na prevenção desse problema.

O Senador Wellington Dias registrou que o foco principal dos trabalhos da Subcomissão é a prevenção do uso de drogas. Quanto ao tratamento, ele registrou que existe uma atenção especial para a fase pós-tratamento ou de acolhimento e de reinserção social para o trabalho. Afirmou que também há atenção para o financiamento das atividades e para um conjunto de políticas públicas já implantadas, bem como para a questão da propaganda. Ele questionou aos expositores sobre quanto tempo foi necessário para que parassem de consumir *crack* e mais especificamente se a recuperação é possível no prazo de um ano e quais as variações de pessoa para pessoa, registrando que essa informação é importante para que o governo possa determinar parcerias com as comunidades terapêuticas. Questionou também sobre se o tratamento compulsório é correto, no momento em que tecnicamente se comprova a dependência, por meio de avaliações médicas e psicológicas.

O Sr. Ledir da Silva Porto afirmou que o tempo de internação pode ser até menor que um ano. Para ele, as comunidades terapêuticas podem até



trabalhar com prazos menores que esse. Isso porque, segundo ele, o que é determinante para a eficácia do tratamento é a fase pós-projeto. Nesse momento, é preciso que a família esteja preparada para receber seu familiar. A família deve ser um ambiente saudável, organizado, estruturado, capaz de dar continuidade na recuperação. É necessário, portanto, definir para onde vai o dependente após a internação, resolvendo, por exemplo, a questão sobre o seu retorno ao mercado de trabalho, inclusive quanto ao preconceito que ele pode receber da sociedade. Se essas condições para reinserção forem favoráveis, o Sr. Ledir entende que o prazo de internação pode ser de até 180 dias.

O Senador Wellington Dias registrou entendimento formado a partir dos trabalhos da Subcomissão de que o tratamento é a fase da desintoxicação, em que o paciente pode ser submetido a exames laboratoriais que permitam um bom diagnóstico. Contudo, compreende-se também que não basta somente a desintoxicação, sendo necessária também a chamada fase de acolhimento, que varia de seis a dezoito meses, seguida da fase de reinserção social, em que deve ocorrer a preparação para a família, para a comunidade, para a rua, enfim, para os ambientes aos quais o usuário deverá retornar. É preciso criar ambientes de sobriedade para o ex-usuário, de modo que é difícil para ele voltar a trabalhar, por exemplo, como garçom em um bar. O Senador defendeu a criação de um cadastro nacional de empresas que trabalhem com essa vertente da sobriedade em suas políticas de atuação, para facilitar a fase pós-tratamento, de forma adequada à realidade de cada um.

O Sr. Ledir da Silva Porto defendeu a aplicação da internação compulsória nos casos de dependência aguda, como nas situações em que o dependente já está morando na rua, sem família e sem poder de decisão sobre



53316.11448

seus próprios atos. Nessas situações, ele admite que o Estado possa decidir por ele, valendo-se da atuação técnica de um psiquiatra, atestando que o dependente não pode permanecer nas condições em que se encontra.

Assim, o Estado deve acolher esse dependente, submetendo-o a cuidados e tratamento, em um período que deve ser de, no máximo, trinta dias. Esse prazo não precisa ser mais longo, porque, diferentemente do cigarro e de outras drogas, a abstinência do dependente é menor, de modo que, em até oito dias sem o uso da droga, o indivíduo já passa a ter poder de decisão, podendo resolver se pretende voltar às drogas ou se aceita a recuperação. O Sr. Ledir afirmou que esse procedimento tem amparo legal, desde 2006, quando a epidemia do *crack* se espalhou ainda mais pelo Brasil. Ele registrou que atualmente não é crime o consumo de drogas, o que tem estimulado o uso, particularmente entre os jovens, já que esse uso pode levar, no máximo, a advertências por parte do juiz. A sensação é de que as drogas estão liberadas para consumo desde que entrou em vigor a atual lei antidrogas. O Sr. Ledir defendeu um debate sobre esse tema, para que haja um meio termo quanto ao tratamento dispensado aos usuários.

Sr. Luiz Vicente da Cunha Pires

O Sr. Luiz Vicente da Cunha Pires, Prefeito do Município de Cachoeirinha/RS, elogiou a Subcomissão por tratar de “álcool, *crack* e outras drogas”, considerando importante o registro de que não se pode ater unicamente a enfrentar o *crack*, quando existem outras drogas, lícitas e ilícitas, que têm trazido grandes males para a sociedade.

Ele informou que o Município de Cachoeirinha já há oito anos trabalha com programas de recuperação e enfrentamento da situação de dependência



53316.11448

química e do alcoolismo em quatro eixos. O Município trabalha com a repressão, por meio da Guarda Municipal, da Brigada Militar e da Polícia Civil, com a recuperação, com a ressocialização e com a prevenção entre jovens e adolescentes. O Município tem contratado vagas em comunidades terapêuticas e já tem uma comunidade pública. O Prefeito defendeu a unificação das ações de enfrentamento às drogas, para que elas possam ser realmente efetivas.

O Sr. Luiz Pires afirmou que a repressão, somente, não é uma boa saída para o combate ao *crack* e a outras drogas. Embora tenha reconhecido que as ações do Governo Federal nas fronteiras e a ação das polícias sejam eficientes e devam ocorrer, ele alertou para o fato de que, após a sua execução, os traficantes são apenas substituídos por outros, que ocupam os seus lugares. Por essa razão, defendeu atenção especial para ações de prevenção, especialmente com a identificação de fatores que têm levado os jovens e adolescentes à iniciação no uso de drogas, servindo de exemplo a campanha de combate ao tabaco.

O Prefeito alertou para o fato de a propaganda de álcool influenciar jovens e adolescentes a usar também outros tipos de drogas. Ele criticou o incentivo ao uso de álcool que se dá pela propaganda intensiva, com forte impacto entre os jovens, defendendo restrições a essa propaganda.

Defendeu também a adoção de programas de educação em turno integral, que também podem ter impacto preventivo entre os jovens e adolescentes. Ele citou a experiência de Cachoeirinha, que tem 2.800 alunos matriculados na educação em tempo integral, que tem o esporte como um de seus pilares, em que é trabalhada a disciplina dos estudantes. Também se trabalha a autoestima, por meio da cultura, da música e da interpretação.



Busca-se desenvolver valores, para que os jovens se sintam bem consigo mesmos e com a sociedade, evitando-se assim que ele procure em grupos indesejados suprir a falta de amizade e de acolhimento.

O Prefeito disse não haver dúvidas de que a redução dos índices de criminalidade no Município de Cachoeirinha está associada a políticas públicas de proteção aos adolescentes. Ele registrou que a adoção de uniformes escolares diferenciados, que permitem identificar o aluno de cada localidade e de cada região, e que são doados pelo Município, facilita o trabalho da Secretaria de Segurança, na medida em que o adolescente que não está uniformizado não teria, em tese, motivos para estar perto das escolas, onde existiria uma “transição para as drogas”.

O Sr. Luiz Pires elogiou as ações preventivas desenvolvidas pela Brigada Militar do Rio Grande do Sul, por meio do Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência. Para ele, esse enfoque preventivo é necessário inclusive pelo fato de as drogas normalmente ocuparem lentamente espaços na sociedade, evidenciando que medidas drásticas, das quais sejam esperados resultados rápidos, costumam ser ineficientes. Ele destacou ainda a relação entre prevenção e recuperação, registrando que é preciso evitar que jovens e adolescentes usuários continuem a oferecer gratuitamente drogas para outros jovens e adolescentes fazerem sua primeira experimentação.

O Prefeito questionou sobre a conveniência de se tratar de saúde mental com leitos, especialmente quando se nota a carência de recursos para tratamento de outras doenças, por meio de processos medicamentosos e uso de leitos, em níveis federal, estadual e municipal. Por essa razão, ele defendeu que se trabalhe a legalização das comunidades terapêuticas como alternativas eficientes e capazes de absorver a grande demanda de usuários de álcool e



drogas, com mais enfoque em valores do que em repressão. Tal alternativa mostra-se ainda mais adequada quando se considera que a prisão normalmente tem efeitos deletérios sobre os dependentes químicos, revelando-se uma verdadeira “escola do crime”.

Outro ponto abordado pelo Prefeito foi a responsabilidade jurídica pelos pais sobre os atos e a criação dos filhos. Ele entende que não se pode admitir que o Estado e a sociedade sejam obrigados a assumir essa responsabilidade simplesmente porque os pais afirmam não ter mais condições de cuidar dos próprios filhos.

O último assunto tratado pelo Prefeito foi a importância dos grupos de autoajuda e de mútua ajuda, que normalmente são geridos de forma voluntária por ex-usuários. Ele ressaltou a relevância dos serviços prestados por essas instituições, ainda que sem registro jurídico, seja na recuperação de usuários e dependentes, seja no período pós-recuperação, seja ainda no apoio aos familiares dessas pessoas. Destacou as dificuldades do processo de ressocialização, sobretudo após os períodos de recuperação, em que os ex-usuários buscam se inserir em uma sociedade que permanece desajustada, já que continua a haver o consumo de drogas. Diante dessa situação, ele considera importante favorecer e incentivar, por meio desses grupos, o encontro de pessoas recuperadas, para que possam trocar suas experiências, sendo que esse processo também se caracteriza como prevenção do retorno ao uso de drogas.

A seguir, fez uso da palavra a Senadora Ana Amélia. A Senadora afirmou que, no enfrentamento ao *crack*, o Estado não pode agir sozinho e depende da ajuda da sociedade. Ela defendeu a recuperação de princípios e valores que estão sendo modificados diante das disfunções sociais atualmente



observadas na sociedade, especialmente por causa do consumo excessivo, concordando que não se pode querer transferir para a escola responsabilidades que são da família. Questionou os debatedores sobre os motivos de o Estado, em âmbito federal, estadual e municipal, não construir comunidades terapêuticas. Questionou o Prefeito Luiz Pires se a primeira comunidade terapêutica pública, construída no Município de Cachoeirinha, tem condições de sobreviver com o restrito orçamento municipal. A Senadora também ressaltou a importância da educação em tempo integral, nos moldes da experiência do Município de Cachoeirinha, bem como a importância da criação de espaços lúdicos de lazer, que mantenham as crianças ocupadas e afastadas do contato com as drogas.

Respondendo à Senadora, o Prefeito Luiz Pires afirmou que as comunidades terapêuticas são a forma mais eficiente de alcançar o usuário e promover a sua recuperação, já que existem diversos métodos de recuperação. Ele defendeu que as comunidades terapêuticas sejam multidisciplinares, com atuação de profissionais de diferentes áreas. Assim, a comunidade terapêutica de Cachoeirinha conta com psiquiatras, assistente social, psicólogo, clínico e terapeuta ocupacional, todos envolvidos no processo mesclado com a comunidade terapêutica pura, que era só um processo de recolhimento e de retiro. O Prefeito considera muito importante essa evolução e informou que o custo mensal da comunidade é de R\$ 13 mil com alimentação e R\$ 17 mil com a rede de profissionais, em um total de R\$ 30 mil para atender 30 internos, ou R\$ 1 mil *per capita*. Ele disse que esse valor pode ser suportado com tranquilidade pelo Município, embora reconheça que esse custo ainda é elevado, devido ao número de profissionais envolvidos. No entanto, o custo pode ser reduzido, se puderem ser oferecidos mais leitos.



Respondendo a questionamento do Senador Wellington Dias, o Sr. Luiz Pires afirmou que a questão do tempo é filosófica: é necessário um período para desintoxicação; outro para retomada de vida; e um terceiro período, de nove meses, para a ressocialização. No momento em que os médicos são levados para dentro do processo de comunidades terapêuticas, cabe ao psiquiatra se pronunciar sobre se é preciso ou não um termo maior. O Sr. Luiz entende que o governo precisa trabalhar com um limite e que seis meses são suficientes para trabalhar todos os estágios. Para que haja a ressocialização do dependente, ele entende que não basta o período de internação compulsória de 30 dias ou mesmo o período de internação voluntária na comunidade terapêutica por 180 dias. É que, após esse período, a pessoa deixa de ser atingida pelo Estado e, se não tiver acesso a espaços onde possa ter acompanhamento da família e reinserção na sua vida profissional, provavelmente todo esse trabalho será desperdiçado. O Sr. Luiz entende ser necessário o período de internação compulsória, como primeira abordagem para a desintoxicação imediata, porque a compulsão do *crack* é muito forte. Mas também são necessários os encaminhamentos periódicos, em comunidades terapêuticas ou mesmo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sob pena de se perder todo o trabalho da internação compulsória.

VI Experiências internacionais

Bo Mathiasen

O Sr. Bo Mathiasen, Representante Regional das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC), inicialmente fez uma análise da situação das drogas em todo mundo. Informou que a produção anual é de 865 toneladas de cocaína pura que, quando misturada, resulta em uma quantidade muito maior.



Asseverou que nos últimos anos vem diminuindo a área cultivada nos três principais países produtores, Colômbia, Bolívia e Peru. Ressaltou, no entanto, que a diminuição da área cultivada não significou a redução da oferta, porque foram melhoradas as técnicas de refino e de produção.

Segundo mencionou, o fluxo global de cocaína foi alterado, e os Estados Unidos tiveram importante papel nessa mudança, em razão das políticas de repressão e de prevenção entre os usuários. Além disso, houve mudança no perfil do usuário de drogas nos Estados Unidos, que passou a consumir mais metanfetaminas. Citou também, como fator de redução do consumo de cocaína nos Estados Unidos, o fato de o valor no varejo ter diminuído significativamente nos últimos quinze anos, cerca de dois terços a um quarto do valor na última década.

O resultado da diminuição da demanda nos Estados Unidos foi a transferência desse mercado para a Europa, que passou a registrar mais de 4 milhões de usuários. O mercado de drogas europeu passou a registrar US\$ 34 bilhões anuais, quase o mesmo valor do mercado americano, que é US\$ 37 bilhões.

O deslocamento do consumo para a Europa alterou as rotas de tráfico, que agora passam pelos países da África Ocidental e pelos países do Cone Sul, saindo da Bolívia para o Brasil ou para a Argentina. A droga que chega a esses países, além de ser encaminhada para a Europa, também é reservada para o consumo doméstico desses países. Estimou que entre 10 e 15% da cocaína comercializada no mundo passam pelos países do Cone Sul.

Com esse deslocamento de consumo, houve também a transferência de bases de refino e ponto de vendas. Os países do Cone Sul passaram a ser muito atraentes, principalmente por haver uma situação socioeconômica



muito favorável, com público consumidor e alto poder aquisitivo.

Ressaltou o Sr. Bo Mathiasen que o *crack* surgiu como forma de baratear a cocaína e, assim, atingir mais consumidores, porque o preço no varejo é muito barato. A pedra de *crack* pode ser usada de três maneiras, aspirada, injetada e fumada. No Brasil, utiliza-se mais a pedra fumada.

A seguir, o Sr. Bo Mathiasen discorreu sobre a produção do *crack*. Na sequência, passou a enunciar os efeitos da cocaína e de seus derivados. Avaliou que os efeitos do *crack* no cérebro duram bem menos do que as cocaínas aspiradas ou injetadas, causando um poder maior de dependência do que a cocaína. Informou que a sensação de prazer é tão rápida que muitos usuários precisam consumi-lo no mesmo local onde ocorrem as vendas, para poder adquirir outras pedras mais facilmente. Daí o surgimento das famosas *cracolândias* em todo o mundo.

O tratamento dos dependentes de *crack* é dificultado pelo uso concomitante de outras drogas, como o álcool e a maconha. Avaliou que o uso de *crack* é também uma questão de saúde pública que deve ser monitorada por meio da atenção, do tratamento, do cuidado e da não punição. Para o Sr. Bo Mathiesen, a dependência química deve fazer parte dos tratamentos oferecidos pelo sistema de saúde, que deve pautar-se pelo acolhimento e pela busca voluntária de tratamento.

Mencionou estudos sobre experiências e atendimento ao uso de drogas em países da Europa, dos Estados Unidos e do Canadá, os quais assinalam a marginalização social do usuário de *crack*, que, conforme revelam esses estudos, são pessoas bastante desestruturadas, com problemas socioeconômicos e muitos outros problemas de vulnerabilidade. Já as pessoas que consomem cocaína aspirada têm estrutura de vida mais confortável e



maior resistência à dependência química. Desse modo, a abordagem do tratamento deve ser diferente para os dois casos, pois entre os usuários de *crack* é mais forte o rompimento dos vínculos e das relações sociais.

Salientou que as técnicas de tratamento mais utilizadas são o aconselhamento e a terapia psicossocial. Os tratamentos farmacológicos têm resultados, mas estão muito limitados para o tratamento da dependência química. Afirmou que as experiências internacionais mostram resultados positivos, tais como estratégias de acolhimento, qualidade da atenção dada ao usuário e estabelecimento de ações de monitoramento e avaliação.

Mencionou o desenvolvimento de uma vacina para imunizar jovens e pessoas vulneráveis, que já está em testes na Europa e nos Estados Unidos. Ressaltou a importância do tratamento da dependência associada com o tratamento de outros transtornos psiquiátricos, tais como hiperatividade, déficit de atenção, transtornos depressivos, transtorno bipolar e esquizofrenia.

Pontuou também como etapa importante do tratamento a internação para desintoxicação, intervenções de emergência, quadro grave de abstinência e comorbidades psiquiátricas. Já os dependentes que contam com uma rede social de apoio respondem melhor ao tratamento ambulatorial e, para esse grupo, nem sempre há necessidade de internação. Além disso, é necessária a continuidade das intervenções, do monitoramento e do apoio do sistema público de saúde.

O Sr. Bo Mathiasen falou ainda sobre o sistema de tratamento desenvolvido pelo UNODC chamado de *Treatnet*, um sistema de tratamento para usuários de drogas problemáticos que promove um tratamento para dependência química na base de evidências científicas. O objetivo desse sistema é aumentar a qualidade dos serviços de tratamento, reduzir o impacto



negativo e as consequências sociais e criar sustentabilidade envolvendo vários setores da sociedade.

Questionado pelo Senador Waldemir Moka se há registros de usuário de cocaína que passaram a usar *crack* apenas pela experiência de usar substância mais forte, o Sr. Bo Mathiasen informou que há sim registros, mas não é o uso comum, o comum é que o usuário de cocaína aspirada fique com a aspirada e o usuário do *crack* provavelmente fique com o *crack*. A cocaína tem público diferenciado, porque é justamente uma pequena parte que pode pagar por ela e seu consumo se dá num contexto social diferenciado, enquanto pessoas de menor poder aquisitivo inevitavelmente acabam usando o *crack*, que tem como característica o isolamento da pessoa em seu submundo.

Questionado se o programa *Treatnet* está sendo utilizado no Brasil, o Sr. Bo Mathiasen informou que o programa vem sendo usado em Campinas, Diadema, Tabatinga e Salvador. Ele vai ser estendido para outras regiões do País, para o sistema público de saúde, por meio de parcerias com o Ministério da Saúde.

Quanto ao questionamento sobre o Paraguai ser rota de consumo e se há entrada de cocaína também por esse país, o Sr. Bo Mathiasen informou que o Paraguai virou importante rota de cocaína, que entra pelo Norte, na Província do Chaco, e desce pelo país e vai tanto para a Argentina quanto para o Brasil.

O Senador Wellington Dias perguntou ao Sr. Bo Mathiasen sobre quais os países que estão mais avançados nas áreas de prevenção, tratamento e reinserção social. Ele respondeu que há países que investem mais nessas áreas e, conseqüentemente, colhem mais frutos do investimento social que fizeram. Citou, como exemplo, Holanda, Espanha, Portugal e Suécia como países que



investiram muito em políticas sociais. Quanto à Suécia, ressaltou a ação bastante proativa para prevenir o uso de álcool e drogas nesse país, que tem média inferior à da Europa. Além disso, há um regime de prevenção rigoroso, que dificulta o acesso dos jovens ao álcool e às drogas, o que faz com que o uso seja menor. Também mencionou o caso dos Estados Unidos, que têm importantes experiências, principalmente na área de prevenção, por meio de campanhas nas escolas.

Respondendo à pergunta da Senadora Ana Amélia sobre o desenvolvimento da vacina que poderia neutralizar o efeito da cocaína no cérebro, o Sr. Bo Mathiasen informou que ela foi desenvolvida em parceria por laboratórios farmacêuticos e universidades de vários países.

Os testes dessa vacina já estão sendo feitos em seres humanos, e os aspectos éticos que devem ser avaliados são muitos: quem daria o consentimento para o uso? É possível obrigar indivíduos considerados em situação de risco a se vacinar? Como definir os critérios de maior risco? Essas são questões que ainda devem ser respondidas. Informou que a vacina ainda não tem nome.

Em relação às políticas públicas do governo brasileiro, o Sr. Bo Mathiasen avaliou que elas avançaram muito nos últimos anos e que há políticas muito importantes sendo implementadas. Concordou com a opinião da Senadora Ana Amélia de que o apoio familiar é muito importante para o tratamento dos dependentes químicos e reforçou o debate quanto ao importante papel desenvolvido pelas comunidades terapêuticas, exatamente por criarem um ambiente de abrigo com novos laços e novos relacionamentos entre essas pessoas.



Sr. Bernardino Vitoy

O Sr. Bernardino Vitoy, Técnico da Unidade de Saúde Familiar da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), iniciou sua participação na palestra ressaltando que o uso de drogas e álcool é um problema mundial que requer o esforço de toda a sociedade nas áreas de segurança pública, saúde, educação, trabalho, renda e previdência, bem como dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Defendeu o tratamento integral e intersetorial de políticas de programas de saúde, com o auxílio de todos os segmentos da sociedade.

Sustentou que o tratamento da dependência química deve ser voltado para o acolhimento universal e qualificado em qualquer ponto de rede, que deve estar qualificada para atender ao dependente, eliminando todo preconceito e estigma da droga.

Para o Sr. Bernardino, a rede de atendimento deve estar organizada de forma que possa sofrer intervenções, de modo a inserir novos conhecimentos e promover ações intersetoriais e integrais de atenção à saúde dos usuários. Frisou a questão da capacitação de profissionais para evitar a discriminação e a segregação daqueles que procuram o tratamento ambulatorial.

Defendeu também a ampliação e a melhora das redes de atendimento, incluindo novos elementos na rede do SUS, tais como as comunidades de tratamento, os consultórios de rua, entre outras iniciativas. Além disso, mencionou o cuidado que se deve ter com moradores de rua e com populações indígenas, que enfrentam frequentemente problemas com álcool, *crack* e outros tipos de drogas.

O Sr. Bernardino Vitoy mencionou um guia de intervenção para transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias, desenvolvido por



vários países, inclusive com a participação do Brasil, chamado de *Mental Health Gap (MH GAP)*. Esse guia é recomendado para uso no campo da atenção primária de saúde mental não especializada.

Salientou também a necessidade de expansão dos CAPS, organizados pelo Ministério da Saúde, com a criação de pontos de acolhimento, nos quais as pessoas possam ser atendidas, abrigadas e encaminhadas para serviços de referência.

Depois dos pontos de acolhimento, mencionou os consultórios de rua, que são formas de levar o atendimento até o usuário de rua e não ficar esperando que ele procure ajuda. Pleiteou também a ampliação dos leitos hospitalares, que hoje são 2.500 em todo o país, quantidade insuficiente para os 18 milhões de usuários de drogas em todo o país. Além disso, avaliou que é necessária a implantação de casas de acolhimento transitório, nas quais os pacientes possam ficar até que sejam reinseridas no contexto social da família e do trabalho.

Informou que a Opas no Brasil trabalha juntamente com o Ministério da Saúde, por meio de termos de cooperação, para tratar de saúde mental e saúde dos povos indígenas. Há programas da Opas para tratar o uso de álcool e de drogas, os transtornos mentais e evitar o suicídio entre os povos indígenas. Além disso, há ações no sentido de prevenir as DSTs/aids, tuberculose e hepatites virais. Informou que há parcerias da Opas com outras agências da ONU e com o governo brasileiro que visam ao fortalecimento do sistema de saúde.

Respondendo a pergunta do Senador Wellington Dias sobre quais os países que estão mais avançados nas áreas de prevenção, tratamento, reinserção social, o Sr. Bernardino informou que Alemanha e Inglaterra têm



desenvolvido trabalhos importantes nessa área. Ressaltou que o Brasil tem condições técnicas para desenvolver metodologias que correspondam às necessidades do país. Para ele, o que chama atenção nesses países que tiveram sucesso no enfrentamento das drogas é o fato de que souberam coordenar todas as políticas que existem e qualquer política de enfrentamento do consumo de álcool ou de drogas só é eficiente quando congrega os esforços de todos os setores da sociedade.

A Senadora Ana Amélia perguntou se havia dados que comprovassem o aumento do uso de drogas na comunidade indígena, e o Sr. Bernardino respondeu que não havia dados estatísticos sobre essas comunidades, e o que existem são relatos de equipes de saúde que atuam nessas comunidades e que registram esses aumentos.

Afirmou que nas comunidades indígenas o consumo de álcool vem em primeiro lugar, seguido do consumo de *crack*. Relatou também o fato de que, nas regiões de fronteira, há relatos de que comunidades indígenas estão sendo utilizadas como mulas ou traficantes de drogas. Primeiro há oferecimento para consumo da própria população e, depois, para manter o vício, os indígenas passam a trabalhar para os traficantes.

Relativamente à parceria da Opas com o governo brasileiro, comentou que há demonstrações de que o Brasil vem buscando estratégias para enfrentar o problema das drogas no país com avanços significativos, com a transformação de modelos de tratamento no campo da psiquiatria e da assistência à saúde mental no Brasil. Para ele, a maior dificuldade do Brasil no enfrentamento do uso de drogas é a coordenação de todas as políticas sociais envolvidas no processo.

Questionado sobre a fonte de pesquisa que revelou o número de 18



milhões de dependentes de *crack*, o Sr. Bernardino informou que não há estatística oficial para quantificar esses usuários, o que existem são estimativas que vêm aparecendo em alguns estudos, que preveem que em torno de 10% da população seja usuária de algum tipo de droga ou álcool.

Sra. Anikka Markovic

A Sra. Anikka Markovic, Embaixadora da Suécia, iniciou sua exposição esclarecendo que a cocaína e o *crack* não são drogas disseminadas em seu país, primeiro, por não ser uma nação de trânsito para as drogas em geral e, segundo, pelo contexto social da Suécia, que apresenta poucas pessoas extremamente pobres e excluídas.

A seguir, a Sra. Anikka esclareceu que, sob a perspectiva internacional, a política sueca de combate às drogas destaca-se por ser tanto restritiva quanto progressista. O aspecto restritivo diz respeito ao fato de que o princípio norteador da política é a criação de uma sociedade sem drogas, adotado de forma unânime pelo Parlamento do país, onde não se aceita a integração de narcóticos na sociedade. Ressaltou as medidas de informação e formação de opinião adotadas para sustentar e reforçar atitudes negativas em relação ao uso de drogas.

A Sra. Anikka Markovic explicou que a política de drogas integra a política social do País, que objetiva oferecer a todos uma medida básica de seguridade por meio de um sistema geral de benefícios. Destacou-se também a abrangência da política, uma vez que todas as autoridades nacionais estão ativamente envolvidas nas medidas de controle e de combate às drogas, além das organizações voluntárias, que contam com uma ampla adesão da sociedade. A palestrante afirmou ainda que as medidas de prevenção contra as



drogas têm prioridade nos mais diversos organismos do país.

Outro importante ponto da explanação da Sra. Anikka foi a informação de que o fornecimento de drogas é visto como o principal crime, de acordo com a lei de crimes relacionados a drogas, sendo esta compatível com convenções internacionais de que a Suécia é signatária. A Embaixadora explicou que a lei vem sofrendo alterações no tempo e vem ocorrendo um endurecimento das penas, inclusive para usuários. Os objetivos das mudanças foram dar ênfase à rejeição da comunidade a todos os tipos de drogas não medicamentosas, bem como oferecer aos condenados tratamento e reabilitação como alternativas à prisão.

Salientou que a polícia nacional da Suécia e a polícia de alfândega das fronteiras preocupam-se na atualidade com o contrabando de drogas. No âmbito local, o foco é para as medidas de combate a crimes relacionados com as drogas. A estratégia baseia-se na teoria da demanda e na extensão da distribuição ilegal, daí surgem as políticas de controle, de maneira que a polícia possa intervir nos ambientes que favorecem o uso de drogas e no comércio realizado nas ruas.

Sobre a política para tratamento e reabilitação, foi apresentado o modelo baseado na participação voluntária. O poder público oferece tratamentos gratuitos em hospitais e instituições de tratamento, além de existirem no País instituições privadas e fundações, custeadas pelos serviços sociais municipais.

A Embaixadora da Suécia salientou a importância da cooperação entre os serviços sociais municipais, os centros de tratamento de usuários de drogas, a polícia e as autoridades carcerárias e de liberdade condicional.

Além do tratamento baseado em participação voluntária, existe também



o tratamento compulsório. Quando a pessoa representa perigo para si mesma e para outros, os serviços sociais e outras autoridades têm obrigação de intervir. Essa intervenção não consiste num programa completo de reabilitação. É limitada ao período máximo de seis meses, para motivar o indivíduo a prosseguir no tratamento de forma voluntária.

Na parte final da exposição, a Embaixadora esclareceu que a lei dos serviços sociais disciplina que crianças e jovens que sofram abuso ou negligência, como pode ser o caso daqueles expostos a perigos graves, com o abuso de drogas, podem ser retirados de casa, num regime de adoção temporária. Ela também esclareceu que as instituições prisionais visam preparar o interno para a vida fora da prisão, contando com setores especializados no tratamento da dependência, além de outras possibilidades, como o cumprimento de parte da sentença em uma instituição de tratamento e a liberdade condicional combinada com medidas terapêuticas.

A Senadora Ana Amélia questionou acerca das penas impostas aos usuários de drogas, uma vez que o Brasil tem seguido tendência inversa, de descriminalização, e o Senador Wellington Dias afirmou que a Suécia tem uma das políticas antidrogas mais avançadas do mundo. A Senadora questionou também quais os casos em que a internação compulsória para o tratamento da dependência deve ocorrer, uma vez que é relatora de projeto de lei nesse sentido. A Sra. Anikka Markovic respondeu que apenas nos casos mais graves se utiliza essa opção e que, nos demais, prefere-se o tratamento voluntário.

A Senadora Ana Amélia e o Senador Wellington Dias questionaram qual o tipo de estabelecimento prisional onde é realizado o tratamento, e a Embaixadora esclareceu que são unidades especiais, para as quais os internos



53316.11448

usuários de drogas que tenham cometido crimes mais leves podem pleitear a transferência. Por fim, a Senadora Ana Amélia questionou se as instituições religiosas também participavam do tratamento, ao que a Sra. Anikka respondeu que, na Suécia, existem todos os tipos de entidades não governamentais voltadas para o tratamento da dependência.



CONCLUSÕES

A realização do Ciclo de Debates sobre Políticas Sociais sobre Dependentes Químicos de Álcool, Crack e outras Drogas pela CASDEP contribuiu muito para o melhor entendimento da questão das drogas no País. Os 32 debatedores convidados trouxeram importantes relatos sobre o problema e também propuseram medidas a serem adotadas para a solução desse grave problema social e de saúde.

Foram representados os segmentos de maior relevância para a abordagem do problema da dependência química: governo, movimentos sociais, universidades, sindicatos, organismos internacionais, profissionais de saúde e comunidades terapêuticas.

As diversas sugestões trazidas pelos depoentes são listadas a seguir, agrupadas em três grandes áreas: 1) ações sociais, prevenção ao uso de drogas e reinserção social; 2) segurança pública e legislação penal; e 4) saúde pública e tratamento.

Por fim, o item 4 traz as contribuições populares recebidas pelo *hotsite* que funcionou, durante o mês de outubro, na página de internet do Senado Federal.

1. Ações sociais, prevenção ao uso de drogas e reinserção social

1.1. Ocupação de espaços considerados redutos de usuários de drogas, com a implementação de atividades culturais e esportivas.

1.2. Planejamento de ações voltadas para a prevenção e o combate ao uso de todas as drogas, inclusive as lícitas, com atenção especial



para o *crack*.

- 1.3. Adoção de linguagem compatível com o público-alvo na implementação de ações de prevenção ao uso de drogas.
- 1.4. Promover a informação para a sociedade sobre as drogas, de forma firme, porém não alarmista.
- 1.5. Instituição de um Sistema Único de Assistência Social, que coordenaria toda a atuação dos programas de assistência social do País e contribuiria para o combate à disseminação das drogas, inclusive do *crack*.
- 1.6. Ocupação dos espaços na vida do jovem, mediante o estímulo às atividades esportivas e culturais, com aumento dos investimentos em educação, esporte e lazer pelas três esferas de governo.
- 1.7. Definição das políticas de reinserção social dos dependentes, a partir de amplas discussões coordenadas entre todos os órgãos das três esferas de governo.
- 1.8. Abordagem do assunto da prevenção por meio de políticas governamentais inclusivas, e não por meio de leis.
- 1.9. Criação de contribuição social, com alíquota de 1%, incidente sobre o valor de venda de bebidas alcoólicas e derivados do tabaco, com o objetivo de arrecadar recursos para o Fundo Nacional Antidrogas.



- 1.10. Financiamento vigoroso para as comunidades terapêuticas pelo orçamento da assistência social, e não pela área da saúde, como estímulo a ampliação dessa rede de atendimento, acolhimento e ressocialização/inserção familiar e social.
- 1.11. Restrição da propaganda de bebidas alcoólicas nos meios de comunicação de massa.
- 1.12. Adesão dos veículos de comunicação à campanha contra as drogas.
- 1.13. Fomento com recursos orçamentários, por parte do governo, dos grupos de autoajuda e comunidades terapêuticas.
- 1.14. Estímulo à consciência da dignidade do ex-dependente.
- 1.15. Envolvimento dos familiares do ex-dependente no processo de ressocialização.
- 1.16. Foco na reinserção social do dependente químico, mediante a criação de oportunidades de estudo e trabalho para os indivíduos em tratamento.
- 1.17. Realização, pela instituição responsável pelo tratamento do dependente, de um diagnóstico das condições da família para receber o paciente em sua fase pós-tratamento.
- 1.18. Adoção de programas de educação em tempo integral nas escolas.



- 1.19. Realização de campanhas nas escolas, para evitar o primeiro contato do estudante com as drogas, baseando-se não apenas em conhecimento científico, mas também em valores.
- 1.20. Transformação da escola em ambiente que desperte a sede pelo conhecimento, pela cidadania.
- 1.21. Instituição da obrigatoriedade do oferecimento, pelas escolas do ensino fundamental, de disciplina nos moldes da antiga Organização Social e Política do Brasil (OSPB), com o intuito de conscientizar os alunos sobre a cidadania que não implica apenas em direitos, mas também, em deveres e sobre os riscos das drogas e seus perigos.
- 1.22. Emprego da música e de outras expressões artísticas como método de conscientização dos riscos e de prevenção do uso de drogas, nas escolas públicas e privadas, usando, se possível, artistas, cantores que estejam dispostos a esse programa.
- 1.23. Ampliação dos investimentos em inclusão digital. Essa é uma área que alcança também a ocupação e a qualificação do jovem em setor estratégico para o mercado de trabalho.
- 1.24. Criação de redes comunitárias de solidariedade para mobilizar e organizar a sociedade, com a presença de um orientador espiritual.
- 1.25. Atuação integrada e articulada entre as áreas de saúde e assistência social, com pleno envolvimento da sociedade civil. Promoção da transversalidade de todos os programas na prevenção com os



Ministérios da Saúde, Ação Social, Trabalho, Educação, Esporte e Cultura.

- 1.26. Formação de jovens como disseminadores da prevenção ao uso de drogas. Esse programa deveria estar presente nos cursos do Sistema “S” e naqueles que envolvem jovens: Menor Aprendiz e Pró-Jovem, por exemplo.
- 1.27. Implementação de programas de prevenção ao uso de drogas nas favelas e comunidades, a exemplo do que já ocorre nas escolas, incluindo a arte/esporte, como instrumento para atingir objetivos.
- 1.28. Fortalecimento dos trabalhos de prevenção por meio do fomento do convívio familiar harmonioso e dos vínculos familiares e comunitários. Intensificar ações nas Escolas e Famílias.
- 1.29. Ministério do Trabalho e Emprego deve mobilizar centrais sindicais e confederações patronais para discutir e implementar medidas preventivas de combate ao *Crack*.
- 1.30. Adoção, no âmbito laboral, de uma abordagem mais preventiva do que repressiva.
- 1.31. Maior engajamento das entidades sindicais em ações de prevenção e combate ao uso de drogas voltadas aos trabalhadores urbanos e rurais, inclusive por meio da realização de levantamentos sobre uso de drogas por seus filiados.



- 1.32. Adoção, pelas empresas, de programas de prevenção do uso de drogas, incluindo tabaco e álcool, a exemplo da bem-sucedida iniciativa da Petrobras.
- 1.33. Ampliação dos programas de profilaxia do uso de drogas implementados pelo Serviço Social do Comércio (SESC) e pelo Serviço Social da Indústria (SESI), a exemplo do programa executado pela Unidade Estratégica de Resultados de Responsabilidade Social do Departamento Regional do Sesi do Rio Grande do Sul.
- 1.34. Promoção de melhores condições de vida, aliada à prevenção e ao tratamento do dependente químico, para diminuir a vulnerabilidade desses grupos sociais.
- 1.35. Formação de consórcios municipais para a implementação conjunta de ações visando à prevenção do uso de drogas.
- 1.36. Inclusão, nos acordos fronteiriços do Mercosul, de proposta de repartição de recursos para o compartilhamento de responsabilidades para as ações de prevenção ao uso de drogas, envolvendo Estados e Municípios, incluindo participação dos países vizinhos.
- 1.37. Combate ao abuso do álcool, porque representa enorme custo econômico, para o País, com o tratamento das doenças causadas pela bebida, com os efeitos decorrentes da violência no trânsito e



com os homicídios.

2. Segurança pública e legislação penal

- 2.1. Implementação de ações integradas que reúnam forças policiais, entidades civis, igrejas, Ministério Público, órgãos do Poder Judiciário e secretarias municipais de saúde.
- 2.2. Ampliação e aprimoramento da cooperação internacional para o combate ao tráfico de drogas.
- 2.3. Aperfeiçoamento da legislação referente ao combate à lavagem de capitais e à alienação de bens de traficantes.
- 2.4. Fortalecimento das ações de combate ao tráfico nas áreas de fronteira, com duplicação do efetivo de policiais federais nessas áreas.
- 2.5. Aplicação de punições aos policiais envolvidos com o tráfico de drogas.
- 2.6. Elevação do montante de recursos orçamentários destinados ao combate ao tráfico de drogas, com priorização da restrição de acesso como forma de conter o consumo de drogas. Áreas federal, estaduais e municipais.
- 2.7. Criação de setores de inteligência nos órgãos policiais e preparo da polícia para lidar com o tema das drogas por abordagem social e



humana.

- 2.8. Estabelecimento de parceria entre o Poder Judiciário e o sistema de saúde, para evitar a carcerização pura e simples dos usuários.
- 2.9. Rejeição à descriminalização do uso de drogas.
- 2.10. Estabelecimento de controle rigoroso sobre a indústria química nacional.
- 2.11. Integração de todos os órgãos governamentais em ações de combate ao uso e ao tráfico do *crack*.
- 2.12. Criação de força tarefa nacional, específica para o combate ao *crack* e acompanhamento das políticas e programas implementados, nessa área.
- 2.13. Subordinação direta da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD à Presidência da República, ou ao Ministro responsável pela coordenação das políticas de enfrentamento ao crack e outras drogas.
- 2.14. Adoção de estruturas penitenciárias que ofereçam tratamento humanizado aos detentos, com programa de reinserção de presos/presas.
- 2.15. Maior rigor na habilitação de motociclistas e também exigências mais restritas na aquisição de motocicletas.



- 2.16. Inclusão, entre as penalidades para as infrações de trânsito, do trabalho social em hospitais que prestem atendimento de emergência e o acompanhamento após a alta do paciente, vítima de acidente.
- 2.17. Instituição de mudanças no sistema de concessão de licença para conduzir veículo automotor no Brasil: o candidato aprovado nos exames para a primeira habilitação receberia uma licença provisória, com validade de dois anos, que somente seria convertida em habilitação permanente se, nesse período, ele não cometesse qualquer infração. Válido para automóveis e motocicletas.
- 2.18. Vinculação dos recursos tributários arrecadados com as drogas lícitas às ações de combate ao uso de drogas.
- 2.19. Instituição do internamento compulsório em situações que impliquem risco ao paciente ou a outras pessoas, ou sempre que o dependente esteja morando nas ruas.
- 2.20. Aplicação de penas alternativas para os crimes decorrentes do uso de drogas.
- 2.21. Permissão legal para que a atividade laboral possa ser adotada como forma de tratamento (terapia ocupacional), sem violação das normas trabalhistas.
- 2.22. Maior atuação do Poder Legislativo para ampliar os recursos orçamentários e para aperfeiçoar a legislação sobre o enfrentamento do problema das drogas.



2.23. Monitoramento dos espaços públicos por meio de câmeras para coibir a atuação de traficantes de drogas.

3. Saúde pública e tratamento

3.1. Adoção de um programa amplo, que envolva a recuperação de dependentes químicos e sua reinserção na sociedade, buscando-se um modelo que concilie tratamentos médico-hospitalares e ações assistenciais.

3.2. Reorganização e ampliação da rede de assistência à saúde de dependentes químicos e pessoas com problemas decorrentes do uso indevido de drogas, em especial dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) e de serviços que ofereçam internação. Tempo integral de funcionamento!

3.3. Definição de políticas públicas que integrem as áreas de justiça, saúde e assistência social, bem como as três esferas de governo, com ações, articuladas de forma harmônica e integrada, que incluam desde a prevenção do uso de drogas até a recuperação do dependente químico.

3.4. Capacitação dos profissionais, em todos os níveis de atenção à saúde, para a prevenção do uso de drogas e o atendimento aos dependentes químicos.

3.5. Organização, pelo Governo Federal, de uma conferência nacional sobre drogas.



- 3.6. Estabelecimento de regras claras para reger as parcerias entre comunidades terapêuticas e governo.
- 3.7. Permissão para que as comunidades terapêuticas imponham aos internos a obrigação de participar de atividades religiosas.
- 3.8. Uso da espiritualidade no tratamento oferecido aos internos de comunidades terapêuticas, sem, no entanto, impor determinada doutrina religiosa.
- 3.9. Reconhecimento da fé e da cultura como eficazes na recuperação de dependentes.
- 3.10. Permissão para que as comunidades terapêuticas sejam contratadas pelo poder público sem licitação, em situações emergenciais.
- 3.11. Criação de grupo responsável por avaliar as comunidades terapêuticas, que conferiria um selo de qualidade àquelas aprovadas, de modo que poderiam receber recursos públicos sem burocracia.
- 3.12. Legalização e reconhecimento das comunidades terapêuticas como instituições eficientes e capazes de absorver a grande demanda de usuários de álcool e outras drogas, com enfoque mais voltado para os valores do que para a repressão.
- 3.13. Adoção de mecanismos para flexibilizar a liberação de recursos do SUS ou de outras fontes para as entidades que trabalham com a recuperação de dependentes, de forma séria e comprometida, sem



prejuízo do necessário controle do uso de verbas públicas.

3.14.Revogação da proibição do trabalho de crianças e adolescentes internados nas comunidades terapêuticas.

3.15.Respeito à espiritualidade de todos aqueles que são submetidos a um tratamento para a dependência de álcool e outras drogas.

3.16.Instituição de sistema de vigilância epidemiológica voltado para o problema das drogas, que permita colher dados para subsidiar o planejamento das ações voltadas para a questão.

3.17.Priorização da percepção médica do problema das drogas, pois os especialistas garantem que a drogadição é doença!

3.18.Internação e alta de paciente por motivo ligado às drogas somente mediante prescrição médica.

3.19.Vinculação das comunidades terapêuticas ao Ministério do Desenvolvimento Social.

3.20.Combate ao preconceito existente na sociedade e entre profissionais de saúde em relação aos dependentes químicos.

3.21.Busca de novas formas de abordagem dos dependentes, que não exijam o concurso de profissionais especializados.

3.22.Oferecimento, pelo sistema de saúde, de tratamento para a



dependência, que deve ser pautado pelo acolhimento e pela busca voluntária, preferencialmente.

3.23. Adoção, para o tratamento da dependência do *crack*, de abordagem diferente daquela oferecida para a dependência de outras drogas, tendo em vistas as características dessa droga que é de maior risco para o usuário.

3.24. Direcionar o tratamento da dependência química para o acolhimento universal e qualificado em qualquer ponto da rede assistencial.

3.25. Reforço aos grupos profissionais multidisciplinares existentes nos Caps-AD e em outros serviços de saúde destinados ao tratamento da dependência química, com atendimento em tempo integral.

3.26. Investimento na rede de atenção às urgências, unidades de pronto-atendimento, prontos-socorros, principalmente na capacitação dos profissionais, em face de sua efetiva importância no atendimento de primeira linha aos dependentes químicos.

3.27. Instituição de consultórios de rua e de casas de acolhimento transitório.

3.28. Criação de programa específico voltado para as comunidades indígenas.

3.29. Criação de conselhos de referência de assistência social nas



unidades de Saúde da Família, que contaria com um agente comunitário social.

3.30.Desvinculação das comunidades terapêuticas da assistência médica aos dependentes químicos, haja vista serem responsáveis apenas pelo acolhimento.

3.31. Cuidar da parte física e psíquica, mas também espiritual do dependente químico.

3.32.Maior atuação dos conselhos estaduais e municipais de saúde nas políticas de assistência à saúde de dependentes químicos e pessoas com problemas decorrentes do uso indevido de drogas.

3.33.Inclusão, nos acordos fronteiriços do Mercosul, de proposta de repartição de recursos para o compartilhamento de responsabilidades para as ações de tratamento de dependentes químicos.

3.34.Adoção de maior rigor metodológico no diagnóstico da dependência química.

3.35.Criação, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, de objetivos, diretrizes e metas para tratar da questão das drogas.

4. Sugestões obtidas do site



- 4.1. Implementação da escola em turno integral, com educação profissionalizante e ensino de empreendedorismo, civismo e escotismo.
- 4.2. Integração da família à escola.
- 4.3. Aplicação dos recursos hoje usados para a aquisição de armas e para as ações de repressão em programas sociais para a população de maior risco.
- 4.4. Desburocratização da abertura de associações e entidades congêneres que atuam na prevenção do uso de drogas, com a fiscalização do serviço prestado.
- 4.5. Controle da venda de bebida alcoólica a menores.
- 4.6. Impressão do número de telefone do serviço *VivaVoz* (0800-510-0015) e do órgão policial estadual responsável pela investigação de crimes relacionados às drogas nos livros distribuídos gratuitamente pela rede pública de educação e em todos os panfletos, cartazes e demais veículos impressos de publicidade das três esferas de governo.
- 4.7. Promoção de políticas públicas que incluam o jovem no mercado de trabalho.
- 4.8. Acompanhamento dos jovens na educação, a ser efetuado pela família, entidades religiosas, sociedade e Poder Público.



- 4.9. Desestímulo da juventude a manter contato com o fumo e com a bebida alcoólica.
- 4.10. Maior participação da população em apoiar as polícias no combate ao crime.
- 4.11. Instituição de internação, permitida pelos responsáveis para crianças e adolescentes, dependentes químicos.
- 4.12. Para os dependentes químicos, preferência do tratamento em regime de internação, em detrimento do regime ambulatorial ou de hospital-dia.
- 4.13. Internação compulsória de usuários de drogas em clínicas de reabilitação, a fim de evitar que se tornem ameaças à sociedade, com recomendação médica.
- 4.14. Manutenção de contingente policial com salário justo e devidamente equipado (armas e veículos) para: montar barreiras de fiscalização não só nas fronteiras internacionais, mas também nas estradas intermunicipais e nos portos, com abordagem de carretas, ônibus, carros de passeio, aviões, carros oficiais e encomendas transportadas pelos correios.
- 4.15. Investimento na reestruturação da família logo que forem identificados os primeiros sinais de envolvimento de um dos membros com as drogas.



- 4.16. Proibição da venda de bebidas alcoólicas em estádios.
- 4.17. Desqualificação de marginais como ídolos da juventude.
- 4.18. Regulamentação do art. 2º da Lei de Drogas (Lei nº 11.343, de 2006), no que se refere aos usos medicinal, científico e ritualístico-religioso.
- 4.19. Instituição de controles administrativo e social, além de diálogo intercultural, em vez da proibição pura e simples do uso de drogas.
- 4.20. Estabelecimento de parcerias e de isenções fiscais para empresas privadas que se engajarem em campanhas contra o álcool e as drogas, na comunidade ou em sua própria estrutura.
- 4.21. Inclusão de mensagens contra as drogas em cupons fiscais e em rótulos de produtos diversos.
- 4.22. Formação de grupos de ex-usuários para proferir palestras em escolas públicas e em presídios.
- 4.23. Estabelecimento de parcerias com emissoras de televisão, mediante incentivos fiscais, para a divulgação de mensagens publicitárias contra as drogas e o álcool, protagonizadas por artistas famosos.
- 4.24. Concessão de incentivos aos clubes de futebol para que divulguem mensagens contra o álcool e as drogas em uniformes, estádios e cartazes publicitários.



4.25. Inclusão, na pena imposta ao condenado por crime de tráfico de drogas, da obrigatoriedade de assistir a um filme, com duração de 30 minutos a uma hora, contendo depoimentos de familiares que sofrem com o problema das drogas.

4.26. Afixação, em hospitais públicos e privados, de imagens que possam gerar impacto na sociedade, a exemplo de fotografias de pessoas antes e depois do consumo de drogas e de órgãos retirados de pacientes acometidos por doenças decorrentes do consumo de drogas.

4.27. Extensão, a todos os municípios brasileiros, do projeto denominado *Café Convívio*, originário da Europa, em que monitores atendem dependentes de drogas e seus familiares.

5. Sugestões dos membros da CASDEP/CAS

5.1. Remessa do Relatório Final da CASDEP para as seguintes autoridades:

- Presidente da República;
- Ministros de Estado da Saúde, Educação, Justiça, Trabalho e Emprego e Assistência Social;
- Governadores de Estado;
- Prefeitos Municipais;
- Ministério Público Federal e Estadual;
- Ordem dos Advogados do Brasil –OAB.

5.2. Criação de uma Comissão Especial Mista, Senado Federal e Câmara dos Deputados, destinada a estudar as proposições em tramitação nas duas Casas Legislativas pertinentes à dependência química, em todos



53316.11448

os aspectos, com a tarefa de selecionar as melhores proposições e dar-lhes celeridade na tramitação no Congresso Nacional.

- 5.3. Sugestão do Presidente da CASDEP, Senador Wellington Dias, aprovada em Plenário, pela Comissão de Assuntos Sociais, na 54ª Reunião (Extraordinária) realizada em 14/12/2011:

Sugere, na aprovação de um dos projetos que tramitam no Senado, a adoção dos parâmetros da Organização Mundial da Saúde, que considera bebida alcoólica toda aquela com teor alcoólico acima de 0,5%. Sugere, então, a proibição de veiculação de propagandas e/ou peças publicitárias na mídia nacional de qualquer bebida com teor alcoólico acima de 0,5%.

- 5.4. Sugestão da Relatora, Senadora Ana Amélia, aprovada em Plenário pela Comissão de Assuntos Sociais, na 54ª Reunião (Extraordinária) realizada em 14/12/2011:

Sugere que as decisões legislativas sobre o tema não deverão ser adotadas sem serem ouvidas, antecipadamente, a Associação Brasileira de Emissoras de Rádio e Televisão (ABERT) e o Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR).

- 5.5. Sugestão do Senador Eduardo Suplicy, aprovada em Plenário pela Comissão de Assuntos Sociais, na 54ª Reunião (Extraordinária) realizada em 14/12/2011:

No âmbito da política de prevenção, inserção da vertente cultural com



53316.11448

ações de educação e prevenção às drogas. Adoção, nas campanhas de enfrentamento ao uso disseminado de drogas, dos modelos dos trabalhos artísticos desenvolvidos pelo ator Licurgo Espínola e pelo dramaturgo Asdrúbal Serrano, que representam importante instrumento de prevenção ao estimularem a conscientização de jovens e crianças para os riscos e males gerados pela utilização da droga.

Para os mesmos fins, a Relatora, Senadora Ana Amélia sugere a inclusão do trabalho desenvolvido pelo Deputado Estadual do Rio Grande do Sul, Mano Changes (PP/RS) junto às escolas de ensino médio públicas e particulares de uso da música como instrumento de prevenção as drogas e ao crack.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora