



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 7.704, DE 2010

(Do Sr. Paulo Bornhausen)

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

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-6644/2009.

APRECIÇÃO:

Proposição sujeita à apreciação conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

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

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

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

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

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

As comunidades terapêuticas são serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial. Este, por sua vez, corresponde os serviços de atendimento alternativos ao hospitalar e ao ambulatorial convencional, com foco na área psicológica e social da pessoa, e no atendimento multidisciplinar.

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

A primeira comunidade terapêutica no Brasil voltada exclusivamente para o tratamento do dependente de substâncias psicoativas foi o Movimento Jovens Livres, fundada pela Missionária Presbiteriana Ana Maria Brasil em 1968 em Goiânia – GO (CHAVES,

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

As primeiras instituições filantrópicas¹ que se dedicaram ao trabalho com dependentes de substâncias psicoativas, no Brasil, foram:

- Movimento Jovens Livres – Missionária Ana Maria Brasil – Goiânia/GO, 1968.
- S8 – Pastor Geremias Fontes – Niterói/RJ, 22 de setembro de 1971.
- Esquadrão da Vida de Bauru – Edmundo Muniz Chaves – Bauru/SP, 26 de junho de 1972.
- Desafio Jovem de Brasília – Pastor Galdino Moreira Filho – Brasília/DF, 30 de setembro de 1972.
- Desafio Jovem Peniel – Pastor Reuel Feitosa – Belo Horizonte/MG – 1972.
- Desafio Jovem de Rio Claro – Sra. Vera Lúcia Silva – 1975.
- MOLIVE – Pastor Nilton Tuller – Maringá/PR, 1975.
- PINEL – Porto Alegre/RS – Hospital psiquiátrico que em 1975 passou a atender separadamente dependentes de substâncias psicoativas das pessoas com transtornos mentais.
- Associação Promocional Oração e Trabalho – APOT - Fazenda do Senhor Jesus – Padre Haroldo J. Rahm – Campinas/SP, 28 de maio de 1978.

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

- Centro de Tratamento Bezerra de Menezes – Fundado em 1968 como Hospital Psiquiátrico, em 1979 passou a atender separadamente dependentes de substâncias psicoativas das pessoas com transtornos mentais.
- Sociedade Cruz Azul no Brasil – Panambi/RS, agosto de 1983

Do período das entidades pioneiras listadas anteriormente, década de 70, até os dias atuais, houve uma explosão na criação de comunidades terapêuticas no Brasil afora. Da ausência do Estado no atendimento antes da criação dos os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSaD) e também depois da implantação destes, as CT, foram historicamente e até hoje o segmento que mais oferece tratamento psicossocial à dependentes de SPA. Ou seja, as entidades do terceiro setor que atuam na prevenção, tratamento e reinserção social de pessoas dependentes de substâncias psicoativas são responsáveis hoje por 90% do atendimento de pessoas dependentes em SPA no Brasil².

Atualmente existem no Brasil aproximadamente 2.000 comunidades, oferecendo tratamento a 40.000 residentes³. Falamos em aproximadamente, visto que não se tem uma pesquisa oficial sobre o tamanho do segmento mais expressivo no tratamento psicossocial de dependentes em SPA. Considerando que a percepção deste número remonta ao ano de 2005, até a data do presente trabalho, este número deverá ser bem superior.

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

A primeira etapa desta pesquisa consistiu no mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais que realizam atividades de prevenção, tratamento,

² Site www.forum3sdrogas.org.br.

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

recuperação e reinserção social, redução de danos, ensino e pesquisa. Foram mapeadas e cadastradas, nesta etapa, 9.503 instituições.

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

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

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

Fonte: SENAD

Fazendo-se o cálculo, chegamos ao número de 2.799 CT no Brasil, considerando o total (9.503) de entidades mapeadas e cadastradas, tendo como parâmetro que

deste número total, 76,50% são entidades de tratamento⁴. E dentro deste percentual, 38,5% são CT. Destacamos que este número é aproximado, visto que no mapeamento e cadastramento não se delimita o tipo de entidade e tratamento que é oferecido. Mas ao mesmo tempo este número deverá ser bem maior, visto que há um grande número de CT que não tem registros junto aos órgãos públicos e atuam informalmente. Mas é um número que nos dá uma referência da representatividade do segmento no tratamento de dependentes em SPA, em comparação a outros segmentos.

No Estado de SC, por exemplo, a Vigilância Sanitária Estadual, num levantamento sobre as CT, no final do ano de 2003 e início de 2004, aponta 54 CT, com capacidade de funcionamento de 1.455 leitos⁵.

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

Sala das Sessões, 04 de agosto de 2010.

Deputado Federal PAULO BORNHAUSEN
DEM/SC

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

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

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

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

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

.....

TÍTULO II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....

CAPÍTULO I
DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES

.....

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

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

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

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

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII - participação da comunidade;

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

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

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

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

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

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

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

.....
.....

FIM DO DOCUMENTO
