



DIRETIVAS DA PAUTA BRASIL DE COMBATE ÀS DROGAS

Autor: Deputado Eduardo da Fonte

1) ANVISA

1) Realizar um encontro na Câmara dos Deputados entre a Frente Parlamentar e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para discutir a alteração da Resolução nº 101, de 2001, que aprovou o Regulamento Técnico para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas – Serviços de Atenção a Pessoas com Transtornos Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas, Segundo Modelo Psicossocial.

1.1) Alterar o Regulamento para permitir a descentralização da competência para fixar as exigências mínimas para funcionamento das Comunidades Terapêuticas (CT).

A Resolução da ANVISA padroniza em nível nacional as exigências de recursos humanos, projeto arquitetônico e condições técnicas organizacionais para funcionamento das CT. Ao centralizar no Governo Federal os requisitos mínimos de atuação das Comunidades, o Regulamento da ANVISA deixa de considerar o grande desequilíbrio econômico inter-regional brasileiro. O Brasil é um país continental, diversificado, que possui acentuadas desigualdades entre suas regiões e a Agência não atentou para o fato de que não se pode fazer as mesmas exigências em todos os municípios brasileiros.

O caráter epidêmico da dependência das drogas, especialmente após a expansão do crack, trouxe novos paradigmas para a formação de redes de assistência. A interiorização dos serviços deve ser prioritária e está prevista no atual Plano Nacional de enfrentamento das drogas. A partir do conhecimento dos itens facilitadores e dificultadores locais, é possível a implantação e estruturação dos serviços dentro de parâmetros factíveis, mantendo respeito à capacidade técnica e cultura locais.

A descentralização é especialmente importante nos municípios menores, com população abaixo de 20 mil habitantes, tendo em vista que a legislação atual desincentiva a instalação de Centros de Atenção Psicossocial a Usuários de Substâncias Psicoativas (CAPS-ad) nestas localidades.

O problema das drogas está presente em todos os municípios brasileiros, independentemente do seu tamanho. Assim, entende-se que a melhor solução para os municípios menores e de difícil acesso às políticas públicas é incentivar e fortalecer a rede comunitária complementar de atendimento, de maneira a não deixar esses municípios desamparados.

Conforme o Regulamento, a CT poderá ter capacidade para até 60 residentes, divididos em, no máximo, dois alojamentos, com 30 residentes cada. Para que uma CT possa funcionar, a norma exige um quadro de pessoal (equipe), para



CÂMARA DOS DEPUTADOS

atendimento de até 30 residentes, composta por, no mínimo cinco profissionais especializados.¹

Concernentemente à infraestrutura, o Regulamento estabelece regras para cada unidade de 30 residentes, para o Setor de hospedagem (alojamento)², para o Setor de terapia e recuperação³, para o Setor administrativo⁴ e para o Setor de apoio logístico⁵.

Destaque-se que a inobservância dos requisitos da Resolução, constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator ao processo e penalidades previstas na Lei 6.437 de 20 de agosto de 1977.

O art. 7º da Resolução prevê que compete às secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal implementar os procedimentos para adoção do Regulamento e adotar normas de caráter suplementar, a fim de adequar as normas da ANVISA às especificidades locais. Em outras palavras, o Regulamento atual permite apenas que os Estados e Municípios ampliem as exigências já impostas pela ANVISA.

¹ Equipe mínima, para cada grupo de 30 residentes: a) profissional da área de saúde ou serviço social, com formação superior, responsável pelo programa terapêutico, capacitado para o atendimento de pessoa com transtornos decorrentes de uso ou abuso de substâncias psicoativas em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos CONEN ou pelos COMAD; b) 1 coordenador administrativo; c) 3 agentes comunitários capacitados em dependência química em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos CONEN ou COMAD; d) O serviço deve garantir a presença de, pelo menos, um membro da equipe técnica durante o período noturno.

² Setor de hospedagem (alojamento) para cada unidade de 30 residentes dispendo de: - Quarto coletivo para, no máximo, 6 residentes – com área mínima de 5,5 m² por cama individual ou beliche de 2 camas superpostas. Este dimensionamento já inclui área para guarda de roupas e pertences dos residentes. - Banheiro para residentes equipado com, no mínimo, 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 6 camas. Ao menos 1 banheiro de cada unidade deve estar adaptado para o uso de deficientes físicos, atendendo ao estabelecido na RDC ANVISA 50/02, ou a norma que vier a substituí-la. - Quarto para o agente comunitário.

³ Setor de terapia e recuperação dispendo de: Sala de atendimento social; Sala de atendimento individual; Sala de atendimento coletivo; Sala de televisão/música; Oficina (desenho, marcenaria, lanternagem, gráfica, etc...); Quadra de esportes; Sala para prática de exercícios físicos; Horta ou outro tipo de cultivo; Criação de animais domésticos; e Área externa para passeio.

⁴ Setor administrativo dispendo de: Sala de recepção de residentes, familiares e visitantes; Sala administrativa; Arquivo das fichas do residente (prontuários); Sala de reunião para equipe; Sanitários para funcionários (ambos os sexos).

⁵ Setor de apoio logístico dispendo de:

- Cozinha coletiva, com as seguintes áreas: recepção de gêneros; armazenagem de gêneros; preparo; cozimento; distribuição; lavagem de louças; armazenagem de utensílios; e refeitório.
- Lavanderia coletiva com as seguintes áreas: armazenagem da roupa suja; lavagem; secagem; passadeira; e armazenagem de roupa limpa.
- Almoxarifado, com área para armazenagem de mobiliário, equipamentos, utensílios e material de expediente.
- Limpeza, zeladoria e segurança: depósito de material de limpeza; e abrigo de resíduos sólidos.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Por sua vez, ao tratar do monitoramento das CT, o Regulamento estabelece que compete aos Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas (CEAD) e os Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas (COMAD) informar às vigilâncias sanitárias sobre o funcionamento e cadastro dos serviços de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas.

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2004, observou-se que 55% das CT encontravam-se na região Sudeste, cerca de 30% na região Sul e que as demais regiões do país concentram apenas 15% das instituições deste tipo.

Muitas vezes o que encontramos é uma situação de vulnerabilidade em que a pessoa precisa de amparo social para o período de desintoxicação, mas não necessariamente de um internamento em hospital psiquiátrico.

Dentro da visão de juntar o trabalho de assistência social à atenção ao usuário e de que qualquer intervenção é melhor que nenhuma, deve ser permitido às secretarias de Saúde estaduais e municipais, ao CEAD e ao COMAD, e às federações/associações locais não apenas aprovar regras suplementares, mas adaptar as exigências a cada Estado e a cada Município, de forma a atender às peculiaridades do ente federado.

Já que esses órgãos são responsáveis por fiscalizar a aplicação do Regulamento, não haveria maiores problemas em permitir que eles pudessem moldar as regras da instituição à realidade local, uma vez que possuem grande legitimidade, proximidade geográfica e maior capacidade de acionar redes de apoio e de intervenção.

1.2) Alterar o item 2 do Regulamento que iguala a Comunidade Terapêutica (CT) às Clínicas – Dia, Ambulatórios e Pensões Protegidas.

O Regulamento iguala a Comunidade Terapêutica às Clínicas–dia, Ambulatórios e Pensões Protegidas ao estabelecer para as CT o regime residencial e o regime de um ou dois turnos. Com efeito, o item 2 do Regulamento prevê que as CT funcionem em regime de residência ou outros vínculos, de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial.

A alteração é necessária porque são propostas diferentes o regime residencial, próprio das CT, e o regime em que o indivíduo comparece em um ou dois turnos. Na CT o principal instrumento terapêutico é a convivência entre pessoas com problemas parecidos (pares), sendo necessária e intrínseca ao modelo a presença, dentro da equipe de atenção integral ao residente, de indivíduos que experienciaram a recuperação. Somando-se a isso, a ajuda mútua oferecida pelos demais residentes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que o regime residencial é da essência da CT, definindo-a como “um ambiente estruturado no qual indivíduos com transtornos por uso de substâncias psicoativas residem para alcançar a reabilitação. Tais Comunidades são em geral destinadas especificamente a pessoas dependentes de drogas, elas operam sob normas estritas, são dirigidas principalmente por pessoas que se recuperaram de uma dependência, e são em geral isoladas geograficamente. As Comunidades Terapêuticas são caracterizadas por uma combinação de “teste de realidade” (através da confrontação do problema relacionado ao uso da droga pelo indivíduo) e de apoio dos funcionários e de co-residentes para a



recuperação. Elas têm uma linha muito similar à dos grupos de ajuda mútua tais como Narcóticos Anônimos.”⁶

Consiste em grande diferencial na estratégia de recuperação e reinserção social da CT a participação intensiva de recuperados como forma de promover modelo positivo para os recém-chegados, aumentando a motivação e a autoeficácia destes, facilitando a adesão ao tratamento, bem como oferecendo ampliação da reinserção comunitária após o período de proteção na CT.

1.3) Alterar o item 2 do Regulamento que estabelece a necessidade de se estabelecer um programa terapêutico para cada caso.

A Resolução da ANVISA prevê que seja fornecido “suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso”.

Isso contraria a orientação de se privilegiar o trabalho em grupo e a convivência entre os usuários e/ou dependentes. A própria Resolução admite que “o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares”.

Um dos princípios fundamentais da Comunidade Terapêutica como Método se dá no entendimento de um esforço coletivo para realizar a reabilitação de todos. Nesse sentido, todas as atividades da CT são validadas pelo grupo de residentes que a compõe juntamente com a equipe técnica. É imprescindível que a coletividade seja preservada a fim de que o respeito ao grupo seja mantido em todos os momentos, não excluindo aspectos individuais do residente, mas sim visando um equilíbrio entre coletividade e individualidade. Nesse sentido, a atenção deverá ser mais complexa, coexistindo programa terapêutico singular/individual e programa terapêutico coletivo.

2) ORÇAMENTO

2.1) Atuar junto ao Poder Executivo para que seja reformulado o modelo de destinação de recursos e para que sejam destinados recursos para o enfrentamento ao crack e outras drogas.

As CT cuidam hoje de, aproximadamente, 80% dos dependentes químicos do país, sendo necessário revisar o financiamento para estas entidades. Tendo em vista a pouca expressividade de recursos destinados ao tratamento da dependência química, é importante que o Poder Executivo insira na Lei Orçamentária Anual (LOA) para 2012 dotações para o atendimento a esta finalidade.

É importante que o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) insira na LOA 2012 uma ação orçamentária específica, destinada ao “Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas”, incluído no Orçamento de 2010, porém sem nenhum recurso em 2011.

Com efeito, em 2010, o Poder Executivo adotou a Medida Provisória nº 498, de 29/7/2010, convertida na Lei nº 12.339, de 2010, criando a ação 20EV -

⁶ Glossário de Álcool e Drogas



CÂMARA DOS DEPUTADOS

“Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas” e consignando crédito especial, assim distribuído e executado:

Órgão	Valor	Liquidado	Pago
FUNAD	100.000.000	44.404.065	2.674.829
Ministério da Justiça	120.000.000	75.771.960	18.760.481
Fundo Nacional de Saúde	90.000.000	89.011.679	436.000
Fundo Nacional de Assistência Social	100.000.000	100.000.000	99.690.016
Total	410.000.000	309.187.704	121.561.326

Em 2011, porém, a lei orçamentária não consignou nenhuma dotação para a referida ação. Assim, seria interessante fazer gestões junto ao Poder Executivo, por meio do MDS e do Ministério do Planejamento, para que insiram na LOA, ainda em 2011, por meio de crédito adicional, a ação 20EV - “Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas”, no âmbito do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). Ressalte-se, porém, que os recursos devem ser direcionados primordialmente ao atendimento das entidades de apoio à recuperação de usuários de drogas, em especial para as Comunidades Terapêuticas.

2.2) Priorizar a utilização dos recursos orçamentários destinados ao enfrentamento das drogas.

É essencial que o Estado brasileiro demonstre para a sociedade a importância do tema, incluindo as dotações orçamentárias destinadas à prevenção e tratamento de usuários de drogas na relação do Anexo que prevê as despesas que não serão objeto de limitação de empenho do Projeto da Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2012 (LDO/2012), bem como no rol das metas e prioridades para o próximo exercício.

2.3) Sugerir que cada parlamentar da Frente Parlamentar destine uma emenda individual, em valor a ser definido, para o MDS, na ação 20EV - “Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas”, destinado especificamente para o atendimento das Comunidades Terapêuticas.

3) MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

3.1) Reunir-se com o Ministro da Justiça para tratar da rearticulação da Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) com os Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas (CEAD), visando definir com clareza e objetividade quais as atribuições da União, Estados e Municípios no que se refere a operacionalização das políticas nacional, estadual e municipal, promovendo um debate nacional sobre a reestruturação da política sobre drogas, reorganização dos conselhos e definição de metas para as quais os recursos disponíveis devem ser direcionados.

Os CEAD encontram-se desconectados da Política Nacional, uma vez que em cada Estado apresenta características específicas quanto a estrutura, composição, atuação e linhas conceituais afeitas à temática. Isso dificulta a institucionalização das ações e a validação das estratégias intersetoriais no campo da saúde, assistência social, educação e repressão qualificada.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Some-se a isso o fato de que grande parte dos CEAD está desativada, sendo necessário reconstruir sua identidade e recolocá-los como referência das políticas locais.

As mais recentes ações da SENAD preteriram os Estados e os Municípios de uma participação efetiva na discussão e definição das prioridades para financiamento, ocasionando uma baixa procura e conseqüente pouca efetividade dos editais de seleção de projetos para as ações do Plano Nacional de Enfrentamento do Crack e outras Drogas.

Acrescente-se que a política de drogas é uma das únicas temáticas que em oito anos não realizou sua Conferência Nacional, fragilizando a constituição de um Sistema Nacional que legitime e facilite o fluxo das ações.

3.2) Propor ao Ministro da Justiça o envio de uma Projeto de Lei de reestruturação do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), para ampliar a participação dos órgãos e entidades da sociedade civil organizada na composição do Conselho, redefinir seu foco de atuação e estabelecer mecanismos de aproximação do CONAD com os CEAD., tais como fóruns permanentes regionais, reuniões, plenárias descentralizadas e grupos temáticos, visando ampliar as discussões sobre a temática e abordar estratégias locais de enfrentamento da questão.

O CONAD representa o controle social no âmbito da Política Nacional sobre Drogas. Sua composição atual⁷ pode e deve ser ampliada, revista e

⁷ I - o Ministro de Estado Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, que o presidirá; II - o Secretário Nacional Antidrogas; III - um representante da área técnica da SENAD, indicado pelo Secretário; IV - representantes dos seguintes órgãos, indicados pelos seus respectivos titulares: a) um da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República; b) um do Ministério da Educação; c) um do Ministério da Defesa; d) um do Ministério das Relações Exteriores; e) um do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; f) dois do Ministério da Saúde, sendo um da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; g) dois do Ministério da Justiça, sendo um do Departamento de Polícia Federal e um da Secretaria Nacional de Segurança Pública; h) dois do Ministério da Fazenda, sendo um da Secretaria da Receita Federal e um do Conselho de Controle de Atividades Financeiras; V - um representante dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes ou Antidrogas, indicado pelo Presidente do CONAD; VI - representantes de organizações, instituições ou entidades nacionais da sociedade civil: a) um jurista, de comprovada experiência em assuntos de drogas, indicado pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil - OAB - Federal; b) um médico, de comprovada experiência e atuação na área de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Medicina - CFM; c) um psicólogo, de comprovada experiência voltada para a questão de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Psicologia - CFP; d) um assistente social, de comprovada experiência voltada para a questão de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Serviço Social - CFESS; e) um enfermeiro, de comprovada experiência e atuação na área de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN; f) um educador, com comprovada experiência na prevenção do uso de drogas na escola, indicado pelo Conselho Federal de Educação - CFE; g) um cientista, com comprovada produção científica na área de drogas, indicado pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - SBPC; h) um estudante indicado pela União Nacional dos Estudantes - UNE; VII - profissionais ou especialistas, de manifesta sensibilidade na questão das drogas, indicados pelo Presidente do CONAD: a) um de imprensa, de projeção nacional; b) um antropólogo; c) um do meio artístico, de projeção nacional; e d) dois de organizações do Terceiro Setor, de abrangência nacional, de comprovada atuação na área de redução da demanda de drogas.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

atualizada possibilitando a outros órgãos e entidades da sociedade civil organizada uma atuação mais efetiva. De igual forma, tal atualização deve dotar o CONAD da capacidade de avaliar os programas setoriais a cargo da União, bem como, fomentar a descentralização das políticas, fortalecendo a rede de conselhos estaduais e municipais.

É essencial estabelecer mecanismos de aproximação do CONAD com os CEAD, tais como fóruns permanentes regionais, reuniões, plenárias descentralizadas e grupos temáticos, para dar efetividade à política de enfrentamento às drogas.

3.3) Propor a criação de um banco de dados de instituições habilitadas a receber os recursos e bens apreendidos do tráfico e a celebração de convênios de cooperação entre União e municípios, tendo o Estado como interveniente, a fim de dar imediato cumprimento da alienação dos bens apreendidos.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) quer criar o Sistema Nacional de Bens Apreendidos para acabar com a demora que transforma patrimônio em sucata. Da mesma forma, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) apoia projetos estaduais que criem bancos de dados sobre bens apreendidos com traficantes.

Assim, é essencial que o Poder Executivo crie um banco de dados com as instituições com expertise nas áreas de prevenção, pesquisa, tratamento, reinserção social e repressão qualificada que estão habilitadas para dar efetividade à legislação.

4) PODER JUDICIÁRIO

4.1) Reunir-se com o Presidente do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para sugerir: a) designação de varas especializadas em drogas no âmbito da Justiça Federal, a exemplo do que ocorre na Justiça Estadual; b) a instituição de mutirões para verificar quais bens podem ser leiloados ou cedidos; e c) incentivar os juízes a determinar o leilão dos bens de traficantes, mesmo antes da sentença definitiva. Essas ações darão agilidade nos processos e efetiva destinação do que foi apreendido em decorrência de crime de tráfico.

A lentidão em processos para decidir destino de bens confiscados de traficantes e contrabandistas deteriora um patrimônio que poderia ser utilizado no enfrentamento do problema das drogas.

Para solucionar esse problema, deve-se atuar junto ao CNJ para que o órgão estimule os tribunais de todo o país a promover o leilão dos bens apreendidos, mesmo antes da sentença judicial. Algo semelhante ao que acontece nos Estados Unidos e na Itália, em casos nos quais o suspeito não consegue comprovar a origem do dinheiro envolvido na aquisição do bem apreendido.

Sugere-se utilizar como exemplo o caso do traficante colombiano José Carlos Abadia, que teve seus bens leiloados, antes mesmo da condenação. Em menos de dois anos, mais de 90 objetos, veículos e imóveis acumulados no Brasil pelo megatraficante foram vendidos e o dinheiro repassado às polícias e às entidades de combate às drogas. Foi a maior receita já obtida com apreensões no país.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

5) MINISTÉRIO DA SAÚDE

5.1) Reunir-se com o Ministro da Saúde para propor a alteração da política assistencial para a dependência química, com a mudança do financiamento e do controle da assistência ao dependente químico e com a instituição de metas objetivas a serem atendidas.

O Brasil vive uma epidemia de uso de várias drogas com enormes repercussões sociais. Os milhares de brasileiros que desenvolvem a dependência química acabam não recebendo a devida assistência causando um enorme problema para as suas famílias e para as comunidades como um todo. É preciso uma mudança substancial na forma como a assistência a essas pessoas é feita, garantindo que cada brasileiro possa receber o melhor tratamento possível. A proposta é baseada em dois princípios:⁸

I - Mudança do financiamento e do controle da assistência ao dependente químico

Cada Estado da União deve assumir a política mais ajustada para enfrentar esta epidemia e para isto, gerenciar o financiamento da implantação e avaliação de uma rede de serviços. A Federação, através do SUS, deve fornecer os recursos necessários e com orçamento específico para o tratamento da dependência química.

Os projetos de cada Estado devem buscar formas assistenciais que sejam baseadas em evidências científicas. Devemos ter projetos para populações específicas como: usuários de crack, dependentes do álcool, etc. De acordo com as necessidades e prioridades de cada Estado.

O Ministério deve estimular os Estados a integrar as políticas públicas voltadas para a questão das drogas com a política das áreas de educação, saúde, e assistência social. Essa integração pode se dar através de um órgão específico, ou por meio da designação desta atribuição aos CEAD ou pela institucionalização de fóruns permanentes de articulação governamental.

Hoje a assistência é um serviço perdido dentro do SUS. Esse isolamento contribui enormemente para o desperdício de recursos e para a ineficiência do tratamento. O tratamento dos dependentes químicos é por natureza multidisciplinar. É necessário criar uma cultura de complementariedade de ações entre os órgãos e as entidades, e entre as ações de saúde e assistência social.

II – Busca de Metas Objetivas

Sugere-se fixar as seguintes metas:

a) Mapear os recursos existentes em cada estado, e criar um “mapa de assistência” baseado em dois formatos:

a.1) os recursos formais que atendam ou possam atender pacientes com dependência química (Unidade Básica de Saúde,

⁸ Fonte: INPAD – Instituto Nacional de Políticas do Álcool e Drogas



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Prontos-Socorros, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital-Dia, Hospital Geral, Hospitais Psiquiátricos, Comunidades Terapêuticas, Moradias Assistidas, etc.); e

a.2) os recursos informais comunitários, tais como Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), Grupos de Amor Exigente e grupos religiosos;

b) O sistema formal de tratamento deve trabalhar em sintonia com o setor informal. Todos os CAPS-ad devem oferecer as suas instalações para grupos comunitários de AA, NA e Amor Exigente. De preferência esses grupos devem ser ouvidos na gestão dos serviços públicos na área;

c) O sistema formal de tratamento deve trabalhar em sintonia com a rede SUAS priorizando aspectos referentes à reinserção social, reduzindo barreiras socioeconômicas na manutenção e adesão ao tratamento, bem como acessibilidade contínua da comunidade, do usuário e de seus familiares, aumentando a adesão comunitária como um todo.

d) Eleger instituições/especialistas responsáveis, estrategicamente escolhidos, para acompanhar a implantação, implementação e avaliação do desenho da rede, integrando recursos, fiscalizado pelo CONED;

e) Desenvolver o treinamento das equipes mínimas de saúde e assistência social, selecionadas estrategicamente para este fim (UBS, CAPS-ad, HG, PS, etc.), assim como dos serviços ou instituições informais;

f) Desenvolver um sistema de prevenção e o controle da oferta do Estado em parceria com os setores que já fazem alguma atividade nessa área;

g) A prioridade assistencial e de prevenção deve ser a criança, o adolescente e os adultos jovens, sendo que a implicação dessa escolha deve ser criar serviços específicos para o tratamento ambulatorial e de internação para essa população. Nenhum adolescente deveria ficar sem receber o melhor atendimento devido às repercussões do uso de substâncias.

h) A assistência deve incluir todos os recursos e todos os CAPS-ad devem instituir o sistema de “porta aberta” (*drop in*). Os CAPS-ad devem se responsabilizar por encontrar o melhor tratamento para todos os pacientes e familiares que busquem esses serviços. Mesmo se o paciente abandonar o tratamento o CAPS-ad deve continuar oferecendo serviços para a família e buscar ativamente o engajamento dessa pessoa no serviço.

i) A internação involuntária e compulsória deve ser considerada como uma instância possível de tratamento dentro da complexidade da



CÂMARA DOS DEPUTADOS

atenção, oferecendo garantias de preservação à vida do usuário grave de drogas, bem como de seus familiares, desde que siga todas as condições já estipuladas em lei;

- j) Qualquer serviço de saúde da rede deve buscar a identificação precoce através de triagem para detectar o usuário problemático e imediatamente referendar para o CAPS-ad de referência;
- k) O financiamento do SUS deve ser para todos os serviços que recebam evidências na literatura médica internacional, tais como: Comunidades Terapêuticas, Enfermarias Especializadas em Hospitais Gerais e em Hospitais Psiquiátricos, Moradias Assistidas, Ambulatórios de Especialidades, Prontos-Socorros.
- l) Todo cidadão deveria receber o melhor cuidado possível disponível, de acordo com a sua necessidade clínica associado a identificação do sujeito e desejo de melhora. A vinculação a uma modalidade de serviço deve ser uma decisão tecnicamente orientada e associada a opções em rede para aumentar adesão do sujeito à reabilitação. Privar uma pessoa desses cuidados e do acesso a diversas opções de assistência é uma negação dos direitos de cidadania.
- m) O gestor público deve de ter o compromisso de divulgar todos os serviços disponíveis na sua região para as famílias, escolas e comunidades.
- n) Criar o procedimento de atendimento-desintoxicação domiciliar na tabela do SUS.
- o) Obrigar os planos de saúde a atender os usuários de drogas e seus familiares.
- p) Destinar parte dos recursos do SUS para implantação e execução de programas de tratamento aos dependentes de drogas.
- q) Destinar parte dos recursos do SUS, a serem administrados pela SENAD, para ser utilizado na prevenção e tratamento da drogadicção prevenção primária, secundária e terciária;
- r) Prever a concessão de vale-transporte para os usuários de baixa-renda, em processo de tratamento, de maneira a facilitar o seu deslocamento para os centros de tratamento.

6) MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

6.1) Propor ao Ministro da Educação que se proporcione às comunidades acadêmicas e científicas oportunidades e incentivos para o desenvolvimento de pesquisas acerca das diversas formas de realidade que perpassam o universo da dependência química, para auxiliar na criação de novas políticas sobre drogas.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

A formação acadêmica de diversas áreas do conhecimento não contempla a matéria da dependência química em sua grade curricular. Tal deficiência impacta na atuação dos profissionais e, conseqüentemente, a temática pouco instiga o aprimoramento dos conhecimentos realizados por meio de linhas de pesquisa.

Assim sendo, há escasso investimento financeiro para fomento às pesquisas nas instituições de ensino superior. Vale ressaltar que, as pesquisas que sustentam a atual política sobre drogas no país, são oriundas de centros específicos de atenção ao dependente químico, não sendo, portanto, uma ação ainda voltada para o universo acadêmico em sua abrangência de possibilidades, já que se trata de um tema transdisciplinar.

Numa estratégia mais ampla de enfrentamento das drogas é importante proporcionar oportunidades e incentivos para o desenvolvimento de pesquisas acerca das diversas formas de realidade que perpassam o universo da dependência química, a fim de criar para o Estado subsídios para a criação de novas políticas sobre drogas, a partir de um diagnóstico situacional empiricamente traçado.

Isso seria feito por meio:

- a) da criação nas instituições federais de ensino técnico de nível médio vagas destinadas a programas de reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
- b) da elaboração de editais públicos vinculados às instituições de ensino superior;
- c) da ampliação e disseminação da rede de pesquisadores;
- d) da divulgação dos investimentos a ela destinados;
- e) do fomento de parcerias institucionais e investimentos financeiros para intercâmbios internacionais;
- f) do incentivo a integração das instituições de Ensino Superior com a comunidade, a fim de contribuir para o levantamento das necessidades e de indicadores de desempenho dos trabalhos de prevenção;
- g) da inclusão nos currículos acadêmicos disciplinas específicas sobre drogadicção, nas áreas de educação, saúde e serviço social; e
- h) da criação de cursos de especialização sobre dependência química.

É necessário, ainda, abranger dentro do universo de ações a formação e educação continuada das equipes que atualmente já prestam os serviços de assistência e tratamento em suas diversas modalidades de atenção. Realizando a ampliação e a disseminação de conhecimentos, bem como a formalização das equipes que tem sua abordagem baseada na experiência de vida relacionada com a recuperação da droga, aliando aspectos técnicos e empíricos na construção de um saber coletivo e inclusivo.

Brasília, 5 de abril de 2011.