



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

Versão para registro histórico

Não passível de alteração

COMISSÃO DE SEGURANÇA PÚBLICA E COMBATE AO CRIME ORGANIZADO		
EVENTO: Audiência Pública	Nº: 0200/13	DATA: 02/04/2013
INÍCIO: 14h25min	TÉRMINO: 18h02min	DURAÇÃO: 03h37min
TEMPO DE GRAVAÇÃO: 03h37min	PÁGINAS: 78	QUARTOS: 44

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO

RONALDO LARANJEIRA - Professor titular do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo.

LUÍS FERNANDO FARAH DE TÓFOLI - Professor da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP.

RODRIGO GODOY FONSECA - Membro da Associação Brasileira de Psiquiatria.

DARIO HENRIQUE TEÓFILO SCHEZZI - Representante do Conselho Federal de Psicologia.

WELLINGTON ANTONIO VIEIRA - Presidente Nacional da Federação Nacional de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil — FETEB.

SEBASTIÃO SANTOS - Representante do Viva Rio.

MARIA TEREZA UILLE GOMES - Presidenta do Conselho Nacional dos Secretários de Estado da Justiça, Cidadania, Direitos Humanos e Administração Penitenciária — CONSEJ.

ALOÍSIO ANTÔNIO ANDRADE DE FREITAS - Presidente do Colegiado dos Conselhos Estaduais Antidrogas.

SUMÁRIO: Debate sobre o Projeto de Lei nº 7.663, de 2010, que "Acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências" e sobre o tema "Internação compulsória dos viciados em drogas".

OBSERVAÇÕES

Houve exibição de imagens.

Há palavras ou expressões ininteligíveis.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Muito boa tarde a todas e a todos presentes. É com satisfação que damos início a essa reunião pública da Comissão de Segurança Pública e Combate ao Crime Organizado.

O propósito desta audiência é debater o projeto de Lei nº 7.663/10, que acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23/08/2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas e introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37; definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas, e dá outras providências; e sobre o tema da internação compulsória dos viciados em drogas.

Nós vamos imediatamente compor a Mesa, sendo certo que, por ter havido a inclusão de outras personalidades e autoridades especialistas na matéria, nós teremos que proceder em duas etapas. A primeira constituída de cinco integrantes; e depois com outros dois ou três. Isso evidentemente nós vamos conferir com a presença dos convidados, sem nenhum prejuízo ao ordenamento dos trabalhos e posterior abordagem, reflexão, ponderação, crítica, opinião ou o que for, emitida seja por um Parlamentar, seja por qualquer um dos convidados.

Portanto, eu queria, em primeiro lugar, convidar o eminente Deputado Osmar Terra para sentar-se à Mesa, autor do Projeto nº 7.663; queria também convidar o eminente Deputado Givaldo Carimbão, Relator da matéria. Com satisfação, convido o Dr. Ronaldo Laranjeira, Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP; o Dr. Rodrigo Godoy Fonseca, membro titular da Associação Brasileira de Psiquiatria; o Dr. Luís Fernando Farah de Tófoli, professor da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP; o Sr. Dario Henrique Teófilo Schezzi, representante do Conselho Federal de Psicologia. O Sr. Dario está presente? O Sr. Dario Henrique Teófilo Schezzi, representando o Conselho Federal de Psicologia. *(Pausa.)* Convidamos também o eminente Dr. Dráuzio Varela, que infelizmente não pôde comparecer a esse encontro por compromissos anteriormente agendados. Ainda indago se estão presentes o Sr. Pastor Wellington Vieira; o Sr. Sebastião Santos, do Viva Rio; a Sra. Maria Tereza Uille Gomes, Presidenta do Conselho Nacional dos Secretários de Estado de Justiça



e Cidadania, Direitos Humanos e Administração — CONSERJ; o Sr. Aloísio Andrade de Freitas, do Colegiado dos Conselhos Estaduais Antidrogas.

Muito bem, acho que podemos dar início ao nosso encontro. Queria agradecer a todos pela presença. Esta é uma Casa plural, aberta, e o nosso dever é debater com profundidade os temas antes de sobre eles deliberar.

Em verdade, devo-lhes também uma informação sobre a natureza e a fundamentação do requerimento que eu mesmo propus. Há cerca de duas semanas, ao tempo em que o Plenário discutia e aprovava a chamada urgência para a apreciação dessa matéria, chamou-me muito a atenção os pronunciamentos dos Deputados Osmar Terra e Givaldo Carimbão, que fizeram referência a toda a trajetória no trato dessa matéria, que passou por Comissões, por muitos debates, mas, àquela altura, no limiar da votação no Plenário, eles se dispuseram a debater com os Deputados, com a sociedade e novamente colocar essa discussão em voga.

É um projeto denso, complexo, mas está tramitando na Casa há algum tempo. Portanto, já ultrapassou uma série de etapas regimentais. Naquela ocasião, na qualidade de Parlamentar e Presidente da Comissão de Segurança, julguei apropriado sugerir aos meus pares, provocar esse debate e trazer aqui essa discussão, mais uma vez, com a presença de autoridades abalizadas sobre o tema.

Inicialmente, eu gostaria de passar a palavra ao autor do projeto para trazer algumas informações que me parecem... O Sr. Dario Henrique Teófilo Schezzi acabou de chegar. Então, eu informava da razão pela qual apresentei a proposta de requerimento, para que nós providenciássemos mais um debate sobre essa matéria. Os Deputados Osmar Terra e Givaldo Carimbão se prontificaram para que aqui pudéssemos, com a sociedade civil e com representantes autorizados de Conselhos, estudiosos do tema, mergulhar e aprofundar o debate sobre o projeto em si.

Quero agradecer imensamente ao nosso Primeiro Vice-presidente, eminente Deputado João Campos, pela presença. Alguns Deputados já passaram por aqui, outros vão chegar, enfim, vamos dar início ao nosso encontro. Temos um bom tempo pela frente.



Inicialmente, passo a palavra ao Deputado Osmar Terra. Peço a atenção de todos para os aspectos que serão abordados pelo autor do projeto. É um assunto que desperta paixão, preocupação e precisa ser posto na sua dimensão real, do que está instituído no corpo do projeto, do que o projeto trata, quais os seus objetivos. Para isso, nada melhor do que ouvirmos o autor do mesmo.

Deputado Osmar Terra, somos todos ouvidos. O senhor tem 10, 15 minutos. Fique à vontade. Em seguida, passamos aos demais integrantes da Mesa.

Muito obrigado.

O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA - Deputado Otavio Leite, Deputados aqui presentes, Deputado João Campos, nosso parceiro de sempre, Deputado Givaldo Carimbão, nosso Ronaldo Laranjeiras, o nosso representante da UNICAMP, enfim, todos que estão aqui, da Associação Brasileira de Psiquiatria, esse projeto surgiu de uma necessidade.

Eu fui Secretário de Saúde do Rio Grande do Sul por 8 anos, fui Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, portanto, andei pelo Brasil inteiro, e constatei, durante esse período de 2003 a 2010, um agravamento da questão das drogas, quer dizer, o aumento extraordinário de dependentes necessitando de tratamento, um crescimento enorme de violência vinculada às drogas também no Brasil. Hoje, sem medo de errar, dá para dizer que as drogas são o maior problema de saúde pública que nós temos, a maior causa de morte de jovens entre 15 e 25 anos no Brasil e, portanto, o maior problema também de segurança pública. Por isso acho adequado que esse assunto também seja tratado na Comissão de Segurança Pública da Câmara dos Deputados. O crescimento foi surpreendente. Eu era Secretário quando nós criamos, no Rio Grande do Sul, uma Câmara Setorial com segurança, educação, saúde para tratar da violência, da prevenção da violência.

Nessa discussão da prevenção da violência, nós mapeamos o Estado, os Municípios mais violentos, com maior número de crimes. Nós estabelecemos como indicador o número de homicídios e o número de suicídios inclusive, que é a violência máxima, autoinfligida ou infligida a outro. Visitamos Município por Município, bairro por bairro, os bairros onde havia maior registro. Para a nossa surpresa, nós estávamos esperando causas diversas.



Num bairro de Passo Fundo, chamado Jaboticabal — um pequeno bairro de cinco mil habitantes —, acontecia um homicídio por semana. Portanto, um índice maior do que o da Guerra do Iraque. Cinquenta e dois homicídios por ano em cinco mil habitantes. Nós reunimos a comunidade, a associação e moradores, agentes de saúde, professores, e ouvimos só uma frase: aqui a maior causa da violência é o *crack*, em primeiro lugar, o *crack* em segundo lugar, o *crack* em terceiro lugar, o *crack* em quarto lugar, o *crack* em quinto lugar, e depois vem o resto. Isso nos chamou muito a atenção e nós começamos a tentar fazer um levantamento, porque parece interessante dizer isso, parece inusitado, mas nós não temos nenhuma pesquisa nacional feita pelo Governo, tem da UNIFESP, tem de outras instituições, mas pelo Governo não temos nenhuma pesquisa dando a dimensão do problema.

O que nós sentimos foi que aumentou muito a demanda. Mães acorrentavam os meninos em casa, enfim, no Hospital São Pedro, no Rio Grande do Sul, que é um hospital psiquiátrico, o último hospital psiquiátrico do Rio Grande do Sul, nós seguimos rigorosamente as regras da reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, fomos diminuindo os leitos de hospital psiquiátrico e aumentando os leitos para atendimento de dependentes químicos em hospitais gerais, criando enfermarias. Criamos em torno de mil leitos em hospitais gerais no Rio Grande do Sul e enfermarias específicas para esse atendimento, mas o que nós notávamos é que o Hospital São Pedro, até 2003, era um hospital onde 90% das urgências eram urgências por álcool, na área dependência química. Em 2007, 90% das urgências já eram o *crack*, uma epidemia explosiva.

Agora, *O Globo*, de domingo, há um mês, divulgou na capa uma matéria muito interessante: até 2006, o maior número de casos de auxílio-doença do INSS, por dependência química, era álcool. De 2006 para cá, o *crack* e a cocaína passaram a frente. Sem diminuir nenhum caso de álcool, mantendo mais ou menos o mesmo número todos os anos, os casos de auxílio-doença por dependência de *crack* e de cocaína já são três vezes superiores aos casos de álcool, em seis anos. Se isso não é uma epidemia, eu realmente não entendo mais nada de saúde pública.

Então, nós estamos diante de um caso grave, de uma epidemia grave que está matando boa parte da nossa juventude, parte significativa da juventude,



pegando mais uma vez pesquisas científicas, porque tudo que nós procuramos colocar nesse projeto foi baseado em evidências científicas. Nós pegamos estudos também da UNIFESP que acompanham grupos de dependentes de *crack* há quase vinte anos e eles apontam que 25% desses usuários morrem nos primeiros cinco anos. O índice é muito baixo de qualquer tipo de manutenção e abstinência. Cura não tem. Todas as drogas geram uma dependência química, com o uso, que não tem volta. Formam-se novos circuitos cerebrais, novas redes de memória de longo prazo que influenciam a motivação, que influenciam a vontade, enfim, há uma mudança no funcionamento do cérebro e da mente, que é alterada profundamente, para o resto da vida. É preciso se tratar, ter sempre um acompanhamento. A maior virtude é manter-se em abstinência. Quando se consegue ficar em abstinência, há melhor resultado.

Diante dessa situação tão grave no Brasil, mais da metade dos homicídios já têm a ver com drogas, especificamente com o *crack*. O Brasil é o país com maior número de homicídios no mundo — no mundo! Nós somos recordistas mundiais em assassinatos. Em 2012, houve 52 mil e 303 mortes por homicídios, pessoas assassinadas. Na China, que tem sete vezes a população do Brasil, houve 13 mil homicídios. Os Estados Unidos, tidos como um país muito violento, reduziram o número de homicídios. Depois que começaram com políticas duras em relação às drogas, reduziram os homicídios para menos da metade. Hoje, são em torno de 15 mil homicídios por ano, com população de 312 milhões de habitantes. Nós aqui, com 200 milhões de habitantes, temos 52 mil e 303. *“Não! Mas é a questão da pobreza.”* Na Índia, um país pobre, miserável, há 48 mil homicídios. No Brasil, 52 mil. E a Índia tem cinco vezes a população do Brasil.

Então, estamos lidando com um dado que nos preocupa, que nos aflige — tanto na área de saúde quanto na área de segurança. Por isso, nós resolvemos agir. Quando eu era Secretário, queria avançar em políticas de atendimento, de atenção e não conseguia, porque a lei me dificultava. A lei atual dificulta avanços importantes. É uma lei contraditória, baseada em princípios ideológicos e não em princípios científicos, o que nos cria uma dificuldade enorme de avançar.



O Projeto de Lei nº 7.663 é feito eminentemente com a preocupação na saúde pública. Ele é colocado em cima do projeto atual e muda pontos da lei atual para uma ação mais efetiva do poder público.

Eu posso elencar aqui quais são as mudanças importantes, entre elas, aumento da pena para o tráfico. E quero esclarecer de saída que eu recebi uma manifestação do Coletivo Marcha da Maconha. Tenho acompanhado, pela imprensa, manifestações.

Eu quero dizer a vocês, de saída, até para eliminar qualquer foco de contradição, que o nosso projeto de lei foi modificado pelo relatório do Deputado Givaldo Carimbão, que fez um grande trabalho. Eu quero dizer que nós não estamos trabalhando nessa questão nos últimos dias. Há 3 anos, nós estamos trabalhando com a questão das drogas, visitando os países produtores, visitando as experiências ditas inovadoras de Portugal, da Holanda, da Suécia, dos Estados Unidos, da Itália. A Comissão já andou pelo mundo e pelos 27 Estados. Eu não consegui fazer isso, mas o Deputado Carimbão, sim. S.Exa. foi duas vezes, no mínimo, a cada Estado brasileiro, reuniu-se com comunidades e com todo mundo que trabalha nessa área de dependência química para ver o que se podia fazer de efetivo.

No meu projeto de lei, havia a classificação das drogas pelo sistema inglês, a Inglaterra classifica as drogas. A Organização Mundial de Saúde criou um critério para classificação das drogas, em termos de gravidade, a rapidez com que causa dependência, o risco de morte da pessoa, enfim, uma série de critérios usados pela Inglaterra, pela Organização Mundial de Saúde. Eu tinha classificado, até para me focalizar nas drogas mais violentas, e elas teriam uma penalização maior — as que criam mais violência e maior mortalidade —, mas eu me submeti a sugestões de um grupo de psiquiátricas e do próprio Deputado Givaldo Carimbão de colocar um aumento de pena em geral. Não há mais classificação de drogas no projeto, há o aumento global da pena mínima, que passa de 5 anos para 8 anos, tirando fora alguns atenuantes. Qual é o princípio disso? É o princípio da epidemia. Nós estamos lidando com epidemia.

Na epidemia, o que acontece? Quanto mais vírus no ambiente, mais gente doente. Na questão das drogas, é o mesmo princípio: quanto mais gente oferecendo droga nas ruas, mais gente doente haverá. E os dependentes de drogas — qualquer



droga: legais ou ilegais — são, em sua maioria, portadores de outros transtornos, muitas vezes não detectados, não diagnosticados. Mas todos os trabalhos, compêndios científicos que tratam do assunto, mostram que mais da metade dos usuários de drogas têm outros transtornos como depressão, transtorno bipolar, déficit de atenção e hiperatividade. Essas pessoas são muito mais vulneráveis, elas têm controle de impulso menor, por problemas inclusive estruturais do seu cérebro que vêm da infância ou que têm componente genético, elas têm dificuldade muito maior de controlar os seus impulsos. Então, ficam com mais facilidade submetidas à curiosidade, ficam com mais facilidade dependentes das drogas. Essas pessoas também precisam ser protegidas, ser tratadas inclusive de maneira diferenciada quando ficam dependentes das drogas.

Então, o princípio que nós usamos é este: quanto mais tempo ficar fora de circulação o traficante, menor a oferta de drogas, menor o número de pessoas doentes.

Quanto à internação involuntária, é bom esclarecê-la. Há muita confusão entre internação involuntária, compulsória e tal. Para efeitos legais, temos seguido aqui uma norma: não existe mais internação compulsória no projeto. Nós não trabalhamos com isso. No projeto de lei da reforma psiquiátrica, há internação voluntária, internação involuntária e internação compulsória. A internação voluntária é quando a pessoa quer; involuntária, quando é contra a vontade da pessoa a internação — mas feita, a pedido da família, por médico; e internação compulsória, quando há um processo judicial, e o juiz a determina quando há algum risco social, alguma coisa assim.

A lei que existe hoje, a Lei nº 11.343, cita a internação compulsória exatamente nos moldes da reforma psiquiátrica, mas omite a involuntária. No meu entendimento, isso tem um viés ideológico, porque a pessoa que é dependente química tem livre arbítrio, consegue controlar a sua vontade. Ela não é como uma pessoa que tem surto psicótico, que não tem capacidade. Então, na reforma psiquiátrica, há essa baixa involuntária, pensando no surto psicótico, mas na lei de políticas sobre drogas não há, é omitido isso.

Nós, junto com o Deputado Carimbão, mantivemos a internação voluntária, colocamos na lei das drogas a involuntária. Uma pessoa que está dormindo na rua,



comendo resto de lixo, já vendeu tudo o que tem em casa, não consegue trabalhar, não consegue estudar, tem transtorno mental grave.

Na minha opinião e na opinião da imensa maioria de quem lida com esse problema — psiquiatras e especialistas —, essa pessoa não tem capacidade de discernir mais o que é útil para a sua saúde, para a sua vida, e o que não é, ela precisa de ajuda externa. A partir do momento em que ela fica nesse estado grave — nós não estamos propondo aqui internação involuntária para todo mundo que usa droga, nós estamos dizendo que há casos determinados em que a família detecta problema grave e o médico avalia que é necessário fazer essa internação —, é internada sem precisar de autorização do juiz. É uma decisão da família. Se a pessoa não tem família, não tem ninguém por ela, está lá abandonada, caída numa cracolândia ou em algum lugar, a decisão pode ser de um funcionário da área de saúde. Alguém que está acompanhando e de alguma maneira conhece o drama dessa pessoa pode pedir ajuda a um médico, que avaliará e determinará se fará a internação ou não.

Então, não é um projeto para sair botando todo mundo internado contra a vontade. Mas ele tem uma especificação que, acho, elimina outro item desse texto, que está equivocado. Na verdade, às vezes, fazemos uma mobilização não sendo muito precisos nos conceitos, para emocionar as pessoas e mobilizá-las.

Na verdade, eu posso dizer que todos esses cinco itens que estão aqui não estão no projeto do Coletivo da Marcha da Maconha. Essa é uma preocupação que vocês podem eliminar.

O que se coloca aqui é que a internação involuntária é feita em hospital equipado para isso, por tempo limitado, para desintoxicar. O tempo todo na lei há a palavra desintoxicação. Na prática, é uma desintoxicação involuntária. Depois de desintoxicada — pela minha experiência, são necessários de 30 a 45 dias de internação para desintoxicação, podendo ser até menos dias —, a pessoa decide se quer continuar ou não o tratamento.

Quanto às comunidades terapêuticas, que é o ponto seguinte, nós defendemos que elas façam parte da rede. E quero aqui fazer uma referência às comunidades terapêuticas para a população, principalmente a população mais pobre, que sempre foi desassistida pelos Governos, pois nunca houve uma política



abrangente, inclusiva em relação às drogas no País — nunca houve! A primeira tentativa de se fazer isso foi com a Presidente Dilma, agora, em dezembro de 2011, com o Plano “Crack, é possível vencer!”, mas até agora não surtiu resultado, porque existe uma resistência surda de pessoas ideologicamente comprometidas com a ideia de liberação das drogas — que é outro caminho.

Respeitamos que as pessoas defendam isso, mas é preciso explicitar claramente. A nossa proposta é no sentido contrário. A liberação das drogas motiva hoje a área de saúde mental do Ministério, o segundo escalão do Ministério da Saúde, a direção da FIOCRUZ. Então, é uma proposta.

Quando a Presidente disse que tem que avançar nas políticas para enfrentar as drogas, “*Vidas, sim; drogas, não*”, quando a Presidente disse isso no seu discurso do dia 7 de dezembro de 2011, o pessoal do Governo concordou, mas, na prática, não deixou acontecer.

Então, para credenciar uma comunidade terapêutica, hoje, é um drama — não é, Deputado Carimbão? Por incrível que pareça, de 7 de dezembro de 2011 até março de 2013, nenhuma comunidade terapêutica foi credenciada. Nenhuma! Foram criadas tantas exigências que praticamente inviabilizaram o credenciamento de comunidades terapêuticas.

As comunidades terapêuticas não surgiram da iniciativa privada, malvada, que quer ganhar dinheiro com a doença mental, surgiram da população pobre, das igrejas que estão lá nos rincões mais afastados do País, nas vilas mais pobres das cidades, tentando organizar alguma forma de atender aquela população desamparada que o Governo nunca atendeu. Foi assim que elas surgiram. São entidades pobres, trabalham com as igrejas, com a ajuda de voluntários; são entidades que se organizaram em todo o País para tentar suprir uma lacuna que o Estado não resolve. Essas comunidades terapêuticas trabalham com abstinência, para manter as pessoas em abstinência.

Se nós estamos analisando e partimos do princípio de que existe uma mudança, um dano cerebral, uma alteração da memória de longo prazo, a pessoa só vai conseguir resultado de tratamento se ficar em abstinência, se ela for esquecendo a droga. Se ela ficar em ambiente em que se usa droga, se ficar perto de casa, vai ter mais dificuldade.



Então, nós botamos na lei o credenciamento das comunidades terapêuticas, desde que sigam orientações do Ministério da Saúde, do gestor público, e façam parte da rede. Ela vai ficar na rede do sistema de atendimento e vai obedecer a orientações técnicas, a orientações políticas do Ministério da Saúde e dos gestores que vão trabalhar.

Para terminar, eu quero dizer a vocês que nenhuma pessoa vai ser internada involuntariamente em comunidade terapêutica. Não existe isso no projeto. Não há nenhuma linha sobre isso no projeto, o que está sendo dado como certo neste panfleto. Toda internação em comunidade terapêutica será voluntária. A pessoa vai se quiser. E se ela quiser ir também, ninguém pode impedir. Então, ela vai para ficar em abstinência, para tentar resolver o seu drama pessoal, as suas dificuldades pessoais, a sua impulsividade, que está alterada, às vezes, por doença de fundo, outros transtornos mentais. Ela vai para tentar ter uma ajuda nessa direção.

Não existe uma privatização. Eu credenciei comunidades terapêuticas no Rio Grande do Sul, credenciei mais de 30 comunidades terapêuticas no Rio Grande do Sul para atendimento e todas muito pobres, com muitas dificuldades. Nós tínhamos que ajudá-las a se manterem. Tivemos um bom resultado com isso.

Tratamento religioso não é obrigatório em todas as comunidades terapêuticas. Nem todas as comunidades terapêuticas são religiosas, mas quando existe, se há o protocolo de atendimento técnico adequado, previsto pelo Ministério da Saúde, se houver religiosidade junto ou não, não há tanta importância. Há até importância no resultado. Às vezes, a fé, acreditar em alguma coisa, ajuda a pessoa a se recuperar. O resultado onde há comunidades terapêuticas e religiosidade é muito bom, na maioria dos lugares que visitamos, não é, Deputado Carimbão?

A última coisa que tenho aqui e que eu queria esclarecer é o fortalecimento de estigmas e repressão nas escolas. Isso aqui não estava no projeto. Trabalhar com as escolas, no sistema de informação das escolas, não estava no projeto original. A proposta foi acrescentada ao projeto de lei na Comissão Especial, e o Deputado Carimbão acolheu-a, como acolheu todas as sugestões que deram.

Estamos há 3 anos discutindo isso! Conselho Federal de Psicologia e todo mundo que tem posições diferentes foram ouvidos várias vezes. Todo mundo que tinha alguma coisa para dizer foi ouvido aqui nesta Casa. Mais de cem Deputados



participaram das três comissões que foram criadas. Todo mundo foi ouvido. Agora, isso aqui foi uma sugestão da comissão de Deputados.

Eu, particularmente, já conversei com o Deputado Carimbão. Acho que tem que ser mais aprofundada essa questão de haver um sistema de informações específico. O Deputado Carimbão depois pode falar sobre isso, eu estou tomando aqui a vez dele. Mas isso não vai estar no projeto, vai sair do projeto. Então, não há nenhum item aqui que seja preocupante ou real.

Para terminar, quero dizer que nós não só fizemos essa proposta como também são 33 pontos modificados na lei. Modifica-se todo o arcabouço de responsabilidade de quem vai fazer o que, o que o Estado faz, o que o Município faz, o que o Governo Federal faz. Estabelece-se uma pena administrativa para o gestor que não enfrentar a questão das drogas, que não participar de processos com a sua atribuição já determinada, que for omissos. Avança-se na questão de avaliação permanente, se estão funcionando ou não determinados protocolos, trabalhando com a ciência, para fazer com que isso funcione.

Enfim, é um projeto que — eu já estourei meu tempo aqui porque tentei fazer um resumo ampliado — que tem muita coisa. Eu prefiro deixar depois para o debate as questões que temos que avançar. Agora, o que não pode mais acontecer é ficarmos omissos diante do horror que se está instalando, da situação grave que se está instalando no País.

Esta Casa não ficará omissa. Ela vai votar esse projeto. Nunca haverá unanimidade, nunca teremos unanimidade em nada nesta Casa, felizmente, talvez pouquíssimas coisas possam ter unanimidade, mas nós vamos votar. E respeitamos aqueles que acham o contrário, porque só há dois caminhos: ou nós vamos nessa direção de realmente criar um programa abrangente, firme, com rigor em relação à questão das drogas, o que nunca houve no Brasil, ou nós vamos nessa direção de liberar as drogas, dizendo que isso é uma maravilha, que basta o Estado regular e tal que irá resolver o problema, que vai acabar com o tráfico. Eu acho que, pelo contrário, vai agravar muito mais o número de dependentes, o problema de saúde pública vai ficar gravíssimo. Ruim como está, muito pior será.

Então, era isso o que eu queria dizer para começo de conversa.

Muito obrigado.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Muito obrigado, Deputado Osmar Terra. Penso que o tempo utilizado foi necessário, a fim de informar a todos os presentes, situar a dimensão exata, real do texto que está sendo posto para exame da Câmara, do Plenário. Eu gostaria de voltar às nossas regras regimentais, sendo certo que há vários convidados e que vamos assegurar a palavra a vários.

Eu gostaria de passar a palavra, em primeiro lugar, ao Dr. Ronaldo Laranjeira, professor titular do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo.

Professor, não sei se o senhor consegue expor em 10 minutos, mas peço que seja bem objetivo em relação aos pontos fulcrais da matéria, o que está certo, o que está errado, em sua opinião, livremente. A palavra é sua, e somos todos ouvidos.

Com a palavra o Professor Doutor Ronaldo Laranjeira, em seguida, o Dr. Rodrigo Godoy.

O SR. RONALDO LARANJEIRA - Muito obrigado. É uma grande satisfação estar mais uma vez aqui nesta Casa.

Gostaria de dizer que, com meus 30 anos de pesquisa e na linha de frente, tratando dependentes químicos e em contato com as famílias das pessoas que padecem desse problema de dependência química, realmente, eu só posso me posicionar muito favoravelmente a esse projeto de lei. A sintonia entre todas as pesquisas que fiz esses anos todos — a última delas eu vou mostrar rapidamente a vocês — mostra, de alguma forma, importância de tudo que o Deputado Osmar Terra estava justamente falando.

(Segue-se exibição de imagens.)

O SR. RONALDO LARANJEIRA - O que eu vou mostrar rapidamente é uma pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Pesquisas do Governo Federal e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, que foi o segundo levantamento nacional de uso de álcool, cocaína e maconha no Brasil.

A pesquisa foi feita no Brasil inteiro. É uma amostra que chamamos probabilística. Foram 4.607 participantes em todos os Estados brasileiros. É uma amostra representativa do que ocorre no Brasil. Podemos falar com um grande grau de certeza estatística que essa pesquisa representa o que ocorre nas cidades, nas pequenas vilas, nas pequenas comunidades do Brasil como um todo. O tipo de



amostra que essa pesquisa fez nos dá esse poder estatístico. E a pesquisa foi desde a Vila Sônia, em São Paulo, até Boca do Acre, no Amazonas, até os grandes condomínios de luxo. A ideia dessa pesquisa é que ela realmente representasse todo o Brasil, de maneira geral.

Um dado importante em relação à maconha: 3 milhões de pessoas adultas e mais 470 mil adolescentes, ou seja, cerca de 3,5 milhões de pessoas, no Brasil, usaram maconha no último ano. Isso mostra que existe um mercado que fornece a droga para 3,5 milhões de pessoas quase de uma forma diária. Fornecer maconha para tantas pessoas, se não interferirmos nesse mercado de drogas, no meu modo de ver, e ficarmos só no tratamento — eu vivo do tratamento de dependência química —, eu tenho certeza de que o tratamento não vai desfazer esse fenômeno de 3,5 milhões de usuários de maconha. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - A manifestação é livre, mas sempre ao final da palavra para que todos possam expressar sua opinião.

O SR. RONALDO LARANJEIRA - Em relação à cocaína, a pesquisa mostrou que temos 2,6 milhões de pessoas adultas usando a droga, mais 240 mil, o que dá, mais ou menos, 2 milhões e 800 pessoas usando cocaína ou *crack* no Brasil.

Então, é mais uma vez o argumento: para se fornecer cocaína para 2 milhões e 800 pessoas numa base regular, vários dias por semana, tem que se criar um mercado fornecedor absolutamente diversificado no Brasil de norte a sul, de leste a oeste. Isso não aconteceu por acaso. Nos últimos 10, 15 anos, esse mercado se estabeleceu. Desfazer esse mercado, no meu modo de ver, se nós não formos por esse espírito da lei, vamos continuar enterrando uma parte significativa dessas pessoas.

Temos 1 milhão de pessoas usando *crack*. O Ministério da Saúde deveu esse dado por muito tempo. Mas agora nós temos 2 milhões e 800 usuários de cocaína, sendo 1 milhão de usuários de *crack*. É por isso que o Deputado Osmar Terra fala que em qualquer comunidade no Brasil, não importa onde seja, o *crack* vai ser o principal problema de mortalidade e de problemas sociais. São 1 milhão de usuários de *crack*. Esse é um fenômeno novo. Por exemplo, no Norte e Nordeste, há 10 anos não havia *crack*, e hoje em dia há.



Vou mostrar que 27% da cocaína e do *crack* consumidos no Brasil estão no Nordeste. Então, esse é um fenômeno, e desfazer esse mercado é fundamental.

Nos Estados Unidos, quando começou a epidemia do *crack*, nos anos 70, 80, a pena diferente para porte de *crack* era cem vezes maior do que a pena para porte de cocaína — cem vezes! Por isso, houve uma diminuição da epidemia de *crack* nos Estados Unidos. Essa foi uma lei tão drástica que, obviamente, aumentou muito a prisão, principalmente na comunidade negra. No ano passado, essa lei foi modificada, mas ainda hoje a pena para porte de *crack* nos Estados Unidos é 17 vezes maior do que para porte de cocaína. Quer dizer, mudou de cento e pouco vezes mais para 17 vezes mais. Se você for pego com 5 gramas de *crack*, você vai ter uma pena 17 vezes maior do que se for pego com a mesma quantidade de cocaína. É por isso que o espírito da lei tem evidências de que pode funcionar. Você não pode tratar as drogas todas de modo igual.

Este aspecto é importante também. Dos usuários de cocaína — esses dois pontos —, 6 milhões, 70% deles usam maconha. Já dos usuários de maconha, 41% deles usam cocaína. Então, falar que a maconha é uma droga leve... As pesquisas mostram que temos que ponderar essa evidência de que a maconha é uma droga leve.

No total, 2 milhões de pessoas usam maconha e cocaína concomitantemente, 1,3% da população brasileira. Então, do ponto de vista de saúde pública, não há como desconsiderarmos esse tipo de dado que temos aqui. É por isso que o próprio Congresso está se dispondo a fazer mudanças importantes na lei. O impacto desses dados no ponto de vista de saúde pública é fenomenal.

O que é mais importante: 60% dos usuários de maconha começam a usá-la antes dos 18 anos. Então, não estamos falando só de adultos que vão decidir ou não usar maconha. Nós estamos falando de adolescentes, porque a maioria dos adolescentes começa a usar a maconha antes dos 18 anos. Para proteger as crianças do Brasil, tem que se fazer uma política mais consistente nessa área.

A cocaína também: 45% dos usuários de cocaína começaram antes dos 18 anos. Para a prevenção, tem que se levar em conta esse ponto de vista.

Trinta e sete por cento dos usuários de maconha são dependentes. Existe essa coisa de falar que maconha não produz dependência. As pesquisas mostram



exatamente o oposto disso. Mais de um terço dos usuários de maconha são dependentes dela. No caso da cocaína, metade dos usuários é dependente.

Agora, será que no Brasil nós consumimos muito mais maconha do que no resto dos países? Felizmente, ainda não. No Brasil, mais ou menos 3% da população brasileira está usando maconha. Os países que mais usam maconha são Canadá, Nova Zelândia, Estados Unidos.

Eu tenho pacientes adolescentes. E pais dizem que vão mandar o filho adolescente que está usando maconha para a Nova Zelândia para ver se ele se endireita. É o pior país para mandar um adolescente usuário de maconha. Esses países que adotaram políticas mais liberais são os que têm maior prevalência de uso de maconha.

E o extremo aqui vai ser o Japão e a Suécia. Eu sei que os Deputados foram à Suécia, que é modelo de políticas públicas em relação a drogas.

Então, é uma escolha. O Congresso está frente a uma escolha: ir nessa direção e daqui a alguns anos o Brasil sair desse patamar e estar aqui, nos maiores consumidores, ou querer que o Brasil fique até mais baixo, aqui. É uma decisão muito clara que o Congresso vai ter que tomar. Qual a política a ser seguida?

Em relação ao uso de cocaína, nós somos o segundo mercado consumidor de cocaína, perdemos só para os Estados Unidos. Temos 2,8 milhões de usuários de cocaína. Então, nós não vamos desfazer, eu repito, esse mercado só na base da prevenção geral, nem do tratamento. Nós vamos ter de lidar de uma forma muito mais efetiva com o traficante, com o tráfico.

Como conter o tráfico? Vamos ter de usar a criatividade. Não vamos conseguir prender todo o mundo, todos esses traficantes que sustentam essa rede aqui. Nós vamos precisar buscar formas muito criativas, não é? Há várias experiências americanas. Um dia nós vamos poder discutir isso. Nós não precisamos necessariamente prender todo o mundo, mas temos de conter, temos de restringir. Não é possível que, como no Estado de São Paulo — eu posso falar com tranquilidade —, em cidades de 5 mil, 10 mil habitantes, em que nós sabemos exatamente onde estão os pontos de tráfico, ninguém faça nada. Não existe uma política, mesmo da Polícia, de lidar com isso. A cracolândia de São Paulo é uma das maiores chagas sociais que nós temos lá no meu Estado, e a Polícia fica só



tomando conta da crackolândia. Ninguém é preso na crackolândia por tráfico de drogas. Então, se nós não temos uma diretriz, a Polícia fica confusa quanto ao que fazer com o traficante e com o usuário, está confusa. Espero que o projeto possa trazer luz sobre como fazermos o enfrentamento do tráfico. Sem isso, no meu modo de ver, nós estamos fritos.

Esse é o *slide* que eu queria mostrar. Quer dizer, o Sudeste obviamente é onde existe o maior consumo de drogas; 46% das drogas concentram-se aqui no Sudeste. Mas vejam o Nordeste; chamou-me a atenção o fato de 27% da cocaína e do *crack* serem consumidos no Nordeste.

Agora, quando nós perguntamos aos familiares quem apoiava a legalização de drogas, menos de 7% da população — essa é uma amostra representativa da população brasileira, só 7% se mostraram favoráveis à legalização das drogas. Mais de 90% simplesmente disseram “não”. E é isto que o Congresso vai ter de decidir, de que lado da população ele está: do lado de quem apoia a política mais restritiva em relação às drogas ou do lado de quem é a favor da legalização.

E, para terminar... Quantos minutos eu ainda tenho?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Vá fechando. Queira concluir, porque são muitos os inscritos. Depois haverá o debate.

O SR. RONALDO LARANJEIRA - Vou concluir.

Então, eu só queria definir que, em sintonia com o próprio projeto, aqui estão os princípios do tratamento efetivo, que são definidos pelo Instituto Nacional de Abuso de Drogas dos Estados Unidos. O famoso NIDA, National Institute on Drug Abuse, dispôs os 13 princípios do tratamento efetivo, e um dos princípios aqui eu vou citar muito claramente: o tratamento para ser efetivo não precisa ser voluntário.

Então, nós temos muitas evidências. Os Estados Unidos é o país onde há mais tratamentos coercitivos do mundo. Mais de 50% das pessoas que fazem tratamento nos Estados Unidos fazem por alguma forma restritiva, coercitiva, mais de 50%. Na Suécia, 30% de todas as internações psiquiátricas são involuntárias. Isso acontece em todos os países democráticos do mundo; 71 dos 90 maiores países do mundo têm leis restritivas ou coercitivas em relação à internação involuntária ou mesmo outros tipos de internação, como a compulsória. Então, nós estamos aqui falando de uma coisa de que os outros países já estão falando há



muitos anos, e só discutem como é que a internação vai dar-se, quais são as garantias dos direitos individuais, as garantias de qualidade assistencial, onde a pessoa vai ser internada. Eu não tenho dúvida de que na maioria as famílias vão preferir ver seu filho internado, recebendo a melhor assistência possível, do que se matando na cracolândia em São Paulo.

Então, eu acho que este debate da internação involuntária, no meu modo de ver, quando se tem um filho dependente químico vira uma discussão meio acaciana, porque o de que se precisa — e é do próprio espírito do SUS, o SUS defende que todo o mundo deveria ter — é um tratamento de acordo com as suas necessidades. É lógico que a maioria dos dependentes químicos pode ser tratada voluntariamente no ambulatório, e a equipe faz isso todo dia. A maioria pode ser, mas aqueles que não conseguem tratar-se, que se deterioram, colocam em risco a sua vida e a vida dos outros, esses precisam de um tipo de tratamento mais estruturado, seja numa clínica especializada, seja numa comunidade terapêutica.

Nós temos de deixar a parte ideológica e ir para a parte mais pragmática, porque é isso que a família brasileira merece de nós.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Muito obrigado, Dr. Ronaldo Laranjeira. Eu gostaria que V.Sa. depois disponibilizasse esse documento para que os Deputados, enfim, a própria Câmara possa colocá-lo no seu portal para consulta livre.

Eu convido agora o eminente Dr. Luís Fernando Farah de Tófoli, professor da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP. V.Sa. tem, nessa dimensão, o tempo de 10 minutos; vamos ver se não passa de 15, para que todos possam falar.

Fique à vontade. Somos todos ouvidos.

O SR. LUÍS FERNANDO FARAH DE TÓFOLI - Nesse sentido, eu já pedi à Casa, à equipe de organização que disponibilize a apresentação, porque alguns dos gráficos é interessante que depois as pessoas baixem e olhem com calma em casa...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Perfeito.

O SR. LUÍS FERNANDO FARAH DE TÓFOLI - ...porque, por causa do tempo, vou ter de falar um pouquinho mais rapidamente, não é?



(Segue-se exibição de imagens.)

O SR. LUÍS FERNANDO FARAH DE TÓFOLI - Então, a agenda desta apresentação é discutir política e evidência. O Deputado Osmar Terra falou sobre esse tema algumas vezes, e eu acho importante que nós tenhamos em mente, sendo esta, evidentemente, uma Casa política, onde estão os limites, o que é que nos guia para as tomadas de decisão diante do que é chamado de evidência, que é um termo tido, dentro da medicina, como sagrado, de certa forma, mas, vamos dizer assim, a interpretação do que é uma evidência está sujeita a uma série de filtros, e esses filtros estão ligados ao que cada um pensa no seu contexto, com as suas crenças pessoais.

Em certo sentido, o que eu quero é fazer uma exegese desse tipo, de quais são os elementos que nos levam a interpretar cada um dos resultados que se apresentam em relação à questão da política pública de drogas. Então, eu vou falar um pouquinho das evidências que nós temos, e que são limitadas, já de cara eu digo que são limitadas, elas são sempre limitadas, em relação a dois modelos que são diametralmente opostos, de dois países da Europa que são diferentes entre si, com características bem diferentes, e que optaram por dois regimes diferentes de lidar com a questão da droga: a Suécia, de que o Prof. Laranjeira já falou, e Portugal. E são países, curiosamente, com uma população aproximada pelos números absolutos, que quando aparecem são mais ou menos equivalentes.

Depois eu vou falar um pouquinho sobre o projeto de lei, e aí eu vou trazer as minhas críticas em relação ao projeto. De início, eu já quero dizer que vários dos elementos que foram trazidos, e foram reforçados aqui pelo Deputado Osmar Terra, em relação à necessidade de se firmar uma política de responsabilidade, de haver uma responsabilização do gestor, de haver um mecanismo — isso é essencial — de avaliação desse processo, são todos pontos que eu apoio com louvor. Um dos grandes problemas que nós temos no Brasil é a dificuldade de avaliação de políticas, e o projeto de lei trata disso explicitamente, de uma forma bem clara. Isso é muito importante. Eu acho que isso é um avanço. Mas há pontos que eu gostaria de criticar, e eu vou fazê-lo.

E, por fim, vou fazer uma pequena digressão sobre essa questão da evidência e sobre o que nós temos como interpretação possível da evidência.



Assim, nós já temos agora um panorama, mostrado pelo Prof. Laranjeira, de uma situação grave. Em um País onde há uma situação de drogas, alguma coisa precisa de fato ser feita. Eu tenho ouvido o Deputado Osmar Terra manifestar-se, algumas vezes dizendo que durante muito tempo o Governo brasileiro fez um investimento que ele diz que foi nenhum e eu diria que foi tímido, nessa questão das drogas, e eu concordo com isso. E acho que grande parte da sensação da urgência e de tantas manifestações aqui neste momento deve-se ao fato de que, apesar de os Deputados já virem trabalhando nesse tema há um bom tempo, talvez para a sociedade isso seja um pouco novo, e este é um dos pontos que eu vou defender desde o início, apesar de saber que o Deputado Osmar Terra discorda: há necessidade de um maior diálogo em relação a isso.

Bom, vou mostrar para os senhores aqui que, não sei os senhores sabem, se a Suécia é um dos países com repressão mais firme com relação ao uso e também ao tráfico de drogas, Portugal estabeleceu uma política em 2001 de despenalização. Não é a mesma coisa que legalização. Basicamente, é uma distinção entre quem trafica e quem usa droga; quem usa droga é tratado como paciente, em princípio, e não como um criminoso. Esse é o princípio básico. E a diferenciação de um aspecto para o outro é uma quantidade. Então, eles estabeleceram um critério objetivo que distinguiria quem é usuário de quem é traficante.

Quem trabalha com clínica sabe que isso é muito subjetivo. Um número é uma necessidade para se evitar que quem tenha de fazer essa decisão seja, por exemplo, o policial. Essa é uma das críticas que se levanta: há necessidade de se fazer essa distinção, independentemente de se for para despenalizar ou se for para manter como já está na lei atual, mas existe uma sugestão nesse sentido. Algumas pessoas defendem esse ponto.

E aí nós vemos o que aconteceu em relação às mortes relacionadas ao uso de drogas em Portugal depois que houve essa despenalização. O mundo acabou em Portugal? Não. Então, como nós vemos ali, sobre uma medida houve uma queda, sobre uma outra medida houve uma queda, e depois voltou-se ao patamar original. O que nós podemos dizer, até onde a evidência aponta, é que, bom, se não se salvou o mundo, também o mundo não acabou por causa disso. Então, nós temos de ter um pouco de frieza em relação a esse dado.



Nós temos aqui os dados das mortes relacionadas ao uso de drogas na Suécia. Aí nós temos os dados desde 1994, e a política na Suécia de forma alguma mudou no grau em que mudou em 2001 em Portugal. E o que nós vemos aí, no caso da Suécia, é um aumento progressivo do número de mortes associadas ao uso de drogas. Então, isso significa que nós temos dados cabalísticos, inapeláveis, de que o modelo português é necessariamente melhor do que o modelo sueco? Não necessariamente. Sob esse aspecto, pode ser que sim. Vamos ver como é que isso se desenrola no resto dos anos, mas até onde esses gráficos mostram, olhando sob esse aspecto, sim.

Mas não há só isso. Perdoem-me os senhores, esse *slide* está quase invisível. Os senhores vão ter de acreditar no que eu estou dizendo e depois baixar isso na Internet para ver melhor. Mas o que esses dados fazem é comparar o uso de diversas drogas, a prevalência do uso de diversas drogas na Suécia e em Portugal. Uma coisa que chama muita atenção nesses dados, e aí os senhores vão ter de acreditar no que eu estou dizendo, é que o uso ao longo da vida...

A SRA. DEPUTADA ROSANE FERREIRA - Pela ordem, Dr. Luís, Desculpe-me interrompê-lo, mas eu gostaria de pedir ao Dr. Rodrigo que, se puder, afaste-se um pouco. Realmente, V.Sa. está bem no meio da tela e deste lado de cá nós não conseguimos acompanhar. Perdoe-me, está bem? Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Prossiga, Dr. Luís Fernando.

O SR. LUÍS FERNANDO FARAH DE TÓFOLI - Prossigo. O que nós podemos dizer com clareza é que houve em Portugal um aumento do uso, da experimentação de drogas. Isso claramente aconteceu depois que foi despenalizado o uso. Curiosamente, quanto a algumas drogas, apesar de ter aumentado a experimentação, o uso no último mês, ou o uso no último ano, em alguns casos, em algumas faixas etárias, especificamente a faixa etária mais jovem, caiu — justamente a que está sob maior risco de desenvolver psicose, maior risco social. Há uma série de questões em relação às faixas etárias mais jovens, que, eu concordo, não devem ser expostas precocemente a qualquer tipo de droga, mais até do que as outras faixas etárias, se é que nós podemos comparar. E aí nós temos esta complexidade do dado: aumentou a experimentação, mas nos últimos tempos o uso, por exemplo, de anfetaminas na Suécia é bem maior, e de êxtase é maior em



Portugal, se nós compararmos o uso no último mês. O que vale aí é sabermos que isso mostra mais ou menos o quanto as pessoas estão usando.

Em relação aos Estados Unidos, que foi apontado ali com um dos países liberais, é bom lembrar que essa liberação é mais recente, não é? As altas prevalências de uso de maconha são muito antigas. Então, aqui nós ficamos com a seguinte questão: políticas públicas, reações, prevalências; como é que isso nos impacta, e, em última análise, como é que isso impacta a saúde pública? É fácil fazer essa correlação? Ela é evidente, ela é clara, ela é óbvia? Talvez nem tanto.

Nós temos aí duas posições diametralmente opostas que interpretam essa reforma de drogas em Portugal: um livro que foi distribuído por uma ONG, que destaca apenas os aspectos positivos, e há aspectos positivos; e um documento, na verdade uma série de documentos da Associação Portugal Livre das Drogas, discorrendo sobre os dados negativos, e existem dados negativos também. E eu gosto muito da análise de dois pesquisadores da Universidade de Kent, Hughes e Stevens, que dizem o seguinte: olhem, em Portugal não dá para dizer nem que foi um sucesso retumbante, nem um fracasso desastroso, como os diferentes avaliadores procuram fazer. Então, como é que especialistas — e aqui nós temos alguns especialistas — podem divergir tanto em relação a isso, quando debatem essa questão das drogas? Então, esse é um ponto que é importante, a que eu gostaria de voltar no final, sobre essa questão da divergência, e sobre a importância dessa divergência.

E aí eu mostro o que Stevens gosta de reforçar. Mais uma vez, não está muito fácil ver o *slide*, mas ele mostra a correlação entre o número de usuários de maconha — isso está no eixo “y”, no canto, aqui, mais próximo de mim — e, no horizontal, o que eles chamam de índice de descomodificação, ou desmercantilização. Esse é um dado sociológico que sugere, calcula em que grau uma sociedade olha os seus membros como mercadoria. Suécia e Portugal, por exemplo, são dois países que têm esses índices baixos. Os Estados Unidos inclui-se nessa teoria sociológica como um país que tem esses índices altos. E existe uma correlação entre a quantidade de pessoas que fumam maconha e a maneira como a sociedade vê o ser humano, em última instância. E como nós temos aqui pessoas



de diversas posições, mas que estão preocupadas com uma visão em relação ao ser humano, eu acho que essa é uma questão importante.

Eu quero lembrar aos senhores dados que os senhores já conhecem, mas é bom lembrar que se houve, de 2005 para cá, um aumento de quase duas vezes da população carcerária do Brasil, o aumento de presos por tráfico foi de quatro vezes neste período. Alguns especialistas entendem que isso se deu pelo fato da entrada da nova lei, que é uma lei que praticamente despenaliza, não descriminaliza, mas prevê sanções muito suaves para o usuário, e ao mesmo tempo não faz distinção de quem é usuário e de quem é traficante. Essa é uma questão que eu acho fundamental, porque a lei remete a decisão não à Casa Legislativa, mas a quem está lá prendendo o cidadão — prendendo o cidadão —, e nós sabemos que existe um viés a ser tratado neste País, existe um passivo social, que é o de que ainda termos sido um País escravocrata até bem pouco tempo atrás, e existe uma grande chance de o jovem pobre e negro que usa ser considerado um traficante e um traficante branco e rico ser considerado usuário. Então, essa é uma questão muito importante.

Eu vou pular essa imagem. É uma imagem da *Folha de S. Paulo*, mas, basicamente, ela repete isso que eu já disse aos senhores.

E já me encaminhando para a questão das críticas, em primeiro lugar o que eu gostaria de criticar é a questão da classificação das drogas em “baixo”, “leve” ou “médio” poder de dependência, e aqui eu queria dizer aos senhores que, embora exista uma decisão política, baseada em evidências, inglesa, de se fazer uma classificação, não existe consenso em relação a isso. Existem críticas atualmente, severas, no Reino Unido, em relação à classificação que eles utilizam lá. Então, nós precisamos ter ciência disso. Nós vamos embarcar numa coisa que, no momento, está sendo extremamente criticada?

Outra coisa: não existe uso de droga sem contexto. Existem pessoas que são capazes de usar drogas pesadíssimas de uma maneira tranquila e outras que se dão muito mal com drogas supostamente leves. Então, é importante nós termos isso em mente. Só para nós termos uma ideia do que isso quer dizer, esse gráfico levou à mudança do principal conselheiro de drogas do Reino Unido. Ele foi colocado para



fora porque publicou essa pesquisa na revista *The Lancet*, sugerindo uma reclassificação das drogas pelo seu nível de dano à sociedade e ao indivíduo.

Segundo o critério que ele utilizou, o primeiro colocado é o álcool; o *crack* está ali, em terceiro lugar, a cocaína no formato de *crack*. A cocaína inalada é um pouco menos grave. O tabaco está entre os primeiros também. A maconha está lá no meio. E quais são as drogas mais leves que existem, segundo essa classificação? Êxtase, LSD e os cogumelos que contêm psilocibina. Vale a pena dizer que inclusive algumas dessas substâncias chamadas psicodélicas estão sendo recentemente utilizadas para tratamento médico em alguns estudos feitos por universidades respeitáveis. Então, isso subverte um pouco toda essa questão. Então, o que eu estou querendo dizer é: a classificação do Reino Unido é ruim, ou é boa? Não, nós precisamos é discutir. O meu ponto é este: precisamos discutir mais.

Em relação ao Sistema Nacional de Informações sobre Drogas, eu não sei se eu entendi direito o que o Deputado Osmar Terra disse; eu não sei se ele falou especificamente em relação ao cadastro e ao caso dos estudantes. Depois ele pode esclarecer-me. Mas, em relação ao Sistema Nacional de Informações sobre Drogas, eu tenho uma série de preocupações sobre isso, sobre o que é que isso vai fazer, qual será o impacto disso, principalmente no interesse do usuário de se tratar. Ao saber que vai ser cadastrado, fichado porque está em tratamento, numa situação em que o usuário já é arredo, será que ele vai querer tratar-se, diante disso? Então, nós não vamos aumentar a situação de involuntariedade por conta disso? Eu acho que isso precisa ser discutido também.

Esse tema em relação à notificação escolar eu vou pular, porque eu já entendi que isso vai ser retirado do texto, mas repudio, repudio tremendamente essa posição. O texto, da maneira como estava, eu acho que causa muito mal, inclusive fere alguns pontos do ECA, mas não vou entrar em detalhes aqui.

Bom, em relação ao dinheiro público para comunidades terapêuticas, a primeira coisa que nós precisamos entender é o seguinte: comunidade terapêutica é uma forma de cuidar de pessoas. É uma forma de cuidar de pessoas, não vou negar isso de maneira alguma. E existem comunidades terapêuticas extremamente sérias no Brasil. Agora, existem aquelas que não são sérias. Já ouvi até o próprio Deputado Carimbão dizer isso na televisão, apontar isso com clareza. E a minha



sensação é de que esse projeto de lei não permite uma fiscalização adequada para nós termos uma clareza — ou eu não consegui entender —, para nós podermos ter suficiente *accountability*, que é uma responsabilidade social. Mais do que isso, da maneira como isso está redigido, coloca-se o poder dessa administração nas próprias comunidades. E essa tem sido uma das críticas que se têm levantado, e eu concordo, eu acho que nós precisamos ter cuidado com isso.

O projeto de lei é monocórdico em alguns elementos, e nós precisamos de redes plurais. Nós precisamos não só de acolhimento — e eu, pessoalmente, prefiro que o acolhimento seja feito pelo Estado, esta é minha opinião pessoal, por entidades do Estado, mantidas e organizadas dentro do sistema —, mas nós precisamos de consultório na rua, nós precisamos de unidades de internação em hospital geral, nós precisamos de uma rede, com capilaridade, que atinja a todos, porque o indivíduo que quer manter-se em abstinência numa comunidade acolhedora ou comunidade terapêutica é uma pessoa; existem outros que, se não houver um cuidado, uma maneira, um manejo adequado, vão ficar num ciclo de internação e reinternação, e nada será resolvido. Então, existem algumas abordagens que precisam ser discutidas também, e que inclusive estão previstas na própria lei.

Essa é uma questão que eu acho complexa, muito atual, muito discutida neste País, a questão da laicidade. Segundo avaliação inclusive de uma nota técnica da Secretaria-Geral da Presidência da República, a parte que sugere parceria com entidades religiosas feriria a laicidade do Estado, prevista na Constituição.

Em relação ao aumento de penas, eu já falei um pouco sobre isso, não vou estender-me, meu tempo já estourou, mas a grande questão é a seguinte: nós estamos num País iníquo; como é que nós podemos garantir que exista uma aplicação justa da lei? Como é que nós podemos esclarecer quem é usuário e quem é traficante?

Esse aqui é um estudo recente, deste ano, de Vuolo, que fez uma avaliação estatística entre as políticas de drogas e as taxas de prevalência em relação ao uso de drogas no último mês em 2002 e em 2004, e o resultado que apareceu é que naqueles países onde houve uma distinção e uma despenalização, ou maior



leniência, houve uma redução no consumo de drogas nas faixas etárias mais jovens. Isso é importante dizer.

Bom, por fim, para falar do foco da internação involuntária ou compulsória, gostaria de dizer aos senhores o seguinte: se não há evidência de que há piores resultados, não há evidência de melhores resultados. Existem sérias questões éticas envolvidas, que precisam ser inclusive avaliadas, porque os órgãos internacionais têm criticado o uso indiscriminado especificamente da coerção, da internação compulsória. Aí há um matagal de definições; existe tratamento coercitivo que não é de internação, e existe a questão do tratamento involuntário, como já foi comentado. O ponto que eu quero puxar aqui, porque acho que outros vão falar sobre o assunto depois, é o seguinte: por que não investir no sistema? Porque essa lei não fala de outras modalidades a não ser as comunidades terapêuticas e a internação. E eu acho muito bom ter sido reiterado que deve ser em hospital geral, porque eu concordo com isso.

Bom, houve uma reação, como os senhores já sabem, da sociedade, tanto apoiando como rejeitando; houve duas notas técnicas que avaliaram negativamente o projeto, da área técnica de saúde mental, na Secretaria-Geral da Presidência da República; existe uma forte reação de diversas entidades sanitárias ligadas aos direitos humanos preocupadas com os aspectos que essa lei pode trazer.

Por fim, eu gostaria de lembrar o seguinte: a interpretação política de uma evidência é altamente influenciada por valores morais. Quando a gente olha o aspecto de Portugal, dependendo de como são os nossos filtros e quais são os nossos focos, as interpretações são variadas, assim como a discussão a respeito do aborto leva a conclusões muito parecidas.

O que eu quero dizer com isso? Não quero dizer que eu esteja certo ou que os outros estejam errados, mas a minha sensação, que é de urgência, é de que ainda há necessidade de fazermos uma discussão maior sobre esses impactos e essas reflexões.

Há estudos que mostram que os políticos vão ter outras medidas que não a dos cientistas e, para isso, precisa ser encontrado um compasso, porque os políticos têm urgência e os cientistas são demorados demais. Eu acho importante haver esse equilíbrio.



Outro ponto que eu queria trazer: apesar de eu ser médico e haver vários médicos nesta mesa, temos que lembrar que essa não é uma questão unicamente médica. É uma questão de saúde pública, mas é de segurança pública e de educação também. Sobre isso eu não preciso falar muito, porque todos concordam comigo.

O PL tem problemas em relação ao crivo científico em alguns aspectos. No meu entendimento, ele necessita de maior tempo e discussão com a sociedade e com os especialistas e não representa toda a pluralidade da sociedade brasileira. Alguns vão dizer que é impossível — e realmente é —, mas no meu entendimento não foi suficiente ainda o ponto para podermos dizer que encontrou um apaziguamento em relação a esse ponto.

Então, eu diria: nem tanto “Osmar” nem tanto “Terra”, fazendo um trocadilho com o nome do Deputado, se ele me permite. Não se trata de liberação total *versus* mão cruel, firme, de ferro e pesada. É preciso encontrar um equilíbrio.

Alguns podem questionar se estou defendendo o uso de um modelo sueco. Não. Ou se estou defendendo o uso de um modelo português. Não. Estou defendendo que o Brasil encontre o seu caminho. No meu entendimento, o projeto só reforça o que já existe, mas alguns impactos não são positivos.

Nesse sentido, peço aos Deputados desta Casa que criem a possibilidade de mais discussões em relação a esse projeto.

Obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Obrigado, Dr. Luís Fernando Farah de Tófoli, Professor da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP, a quem solicito disponibilize os *slides* para que os Deputados e a sociedade possam conhecê-los melhor.

Passo a palavra ao Dr. Rodrigo Godoy Fonseca, membro titular da Associação Brasileira de Psiquiatria. Lembro que o prazo é específico. Por isso, se puder ser bem objetivo, nós agradecemos.

O SR. RODRIGO GODOY FONSECA - Boa tarde a todos.

Muito obrigado, Deputado Otavio Leite e integrantes da Comissão, pela oportunidade de expor um ponto de vista e tentar contribuir com o debate.



Na verdade, eu queria desfazer um mal-entendido que possa vir a ocorrer. Estou credenciado para esta apresentação como membro titular da Associação Brasileira de Psiquiatria, o que sou efetivamente, mas não represento a Associação Brasileira de Psiquiatria como entidade. Eu sou um membro titular porque sou especialista, mas não represento a entidade. Por isso, eu gostaria que não houvesse nenhum mal-entendido a esse respeito.

Parece-me que o motivo que me traz aqui, o convite — sem querer interpretar o Deputado Otavio Leite ou alguém que possa tê-lo formulado —, é, na verdade, a publicação de um artigo no jornal *O Globo*, no dia 26 de fevereiro deste ano, em que eu, movido por um questionamento clínico que eu encontro no contato com os meus pacientes e também por uma inquietação diante do rumo que o debate estava tomando, resolvi, então, ousar este artigo. Posso até dizer, em tom de brincadeira, cometer esse artigo, porque, na verdade, é um artigo em que eu ousar defender o lugar do hospital psiquiátrico no tratamento dos doentes mentais e dos dependentes de drogas.

Eu pediria aos senhores a paciência para que eu retomasse um pouco esse artigo. Não fiquem assustados. É um artigo relativamente curto. A partir daí, eu queria comentar alguns pontos que me parecem importantes.

Passo a ler o artigo, que tem o seguinte título: *Crack: incluir para tratar*.

Além de todo o dano causado aos doentes e suas famílias, uma epidemia tem o sinistro poder de provocar uma verdadeira comoção, testando as fragilidades de nosso tecido social e das estruturas responsáveis pela elaboração de uma resposta.

Embora possa trazer graves transtornos à esfera da ordem pública, uma epidemia é, eminentemente, um problema de saúde pública, ou seja, uma questão clínica, médica, sobretudo no que diz respeito a seu tratamento.

No caso da atual epidemia de dependência em *crack*, todos estamos impressionados pela gravidade da degradação da saúde mental das pessoas afetadas, ainda que na maioria das vezes só as vejamos através das reportagens que testemunham sua errância pelas cracolândias. Não devemos, contudo, deixar que tais imagens representem para nós a totalidade do problema. Ele é, infelizmente, muito maior. Os frequentadores das cracolândias são “apenas” a expressão terminal da doença. Doença esta marcada pela potência avassaladora da



droga, que transforma as tentativas de interrupção do consumo em crises de abstinência absolutamente insuportáveis sem ajuda especializada.

Assistimos, paralelamente, a um longo debate sobre a oportunidade do recurso à internação destas pessoas, mesmo que não haja seu consentimento. Podemos dizer que a internação psiquiátrica (voluntária ou não) é muitas vezes necessária, urgente mesmo, mas nunca suficiente. Não podemos reduzir o tratamento desta situação e, de modo mais amplo, de várias outras doenças psiquiátricas, simplesmente a uma hospitalização, ainda que esta esteja perfeitamente indicada.

Aqueles que têm a experiência da dependência química conhecem os riscos enormes das recaídas. Eles só podem ser minorados através de uma proposta clara de tratamento e da continuidade dos cuidados, que precisa incluir o recurso eventual à hospitalização.

Durante o século XX, o modelo psiquiátrico que prevaleceu no atendimento proposto pelo Estado foi o da exclusão asilar, ou seja, um modelo onde muitas vezes era difícil sair do hospital. Contestado por amplo movimento que resultou na lei que hoje vigora, a Lei nº 10.216, de 2001, ele foi substituído pelo modelo antimanicomial, em cuja perspectiva a internação passou a figurar como último recurso, uma vez esgotadas todas as outras possibilidades de tratamento.

Estas outras possibilidades permanecem, apesar dos enormes esforços e da qualidade técnica dos que nelas trabalham, amplamente insuficientes, resultando em saturação e inevitável perda de qualidade no tratamento de crises e na capacidade de acolhimento de novos casos. O resultado prático para a população é o agravamento de certas situações de adoecimento até o paroxismo da crise individual ou, no caso de nossa epidemia, da crise social.

O desafio, em suma, é o de não substituir uma exclusão por outra, anti-hospitalar, onde o difícil muitas vezes é encontrar a porta de entrada para o tratamento.

Dito isso, queria apenas colocar alguns pontos que me parecem importantes. Na verdade, o Prof. Laranjeira já me adiantou bastante a tarefa, na medida em que deixa muito clara, sem ambiguidade, através da pesquisa dirigida por ele, que há, sim, uma epidemia, porque nós temos contestação de setores da sociedade,



inclusive, sobre esse ponto. Parece-me que essa pesquisa vem mostrar que essa epidemia está aí. O Prof. Laranjeira também falou aqui para nós das diretrizes, das regras, dos princípios de tratamento do NIDA, que é o grande órgão de combate às drogas nos Estados Unidos. São princípios bastante interessantes porque são muito objetivos, relativamente simples de apreensão. Eu queria destacar dois deles.

O primeiro é o seguinte: não existe tratamento único que resolva a situação de todos os dependentes. Ou seja, cada tratamento, cada dependente vai precisar de um percurso ou vários tipos de estrutura e de forma de tratamento.

O segundo princípio, que é sim o que mais me interessa nesta discussão de hoje, é o seguinte: o acesso ao tratamento tem que ser fácil e estar disponível. Aí é que me parece estar o ponto crucial e mais difícil da nossa realidade. Nós temos hoje, no Brasil, uma situação onde há uma enorme dificuldade de se incluir um paciente em um tratamento. Houve todo um movimento de reforma psiquiátrica, houve uma queda acentuada e rápida no número de leitos hospitalares em psiquiatria. É bem verdade que a maior parte desses leitos é de baixa qualidade, para dizer o mínimo. Muitas vezes, eram leitos humanamente inaceitáveis, mas essa queda no número de leitos não foi acompanhada pela criação, com a mesma celeridade, com a mesma intensidade, de estruturas capazes de absorver a demanda psiquiátrica, de modo geral, e a demanda de tratamento dos dependentes químicos em particular.

A estrutura de tratamento proposta pelo movimento da reforma psiquiátrica, a estrutura central de atendimento é o Centro de Atenção Psicossocial — CAPS, que, em si, é uma excelente estrutura, uma estrutura que permite um cuidado, uma atenção intensiva e uma permanência, uma inscrição do paciente. Obviamente, estamos falando de um modelo em sua forma ideal, mas, na prática, o que nós vemos é que essa rede, é, como coloquei no artigo, amplamente insuficiente.

Eu trabalho no Rio de Janeiro, exerço psiquiatria há relativamente bastante tempo no Rio de Janeiro e posso falar dessa realidade. Os pacientes que precisam de um atendimento — álcool e droga — no Rio de Janeiro, contam, para uma cidade que tem 6,5 milhões de habitantes, com cinco CAPS-AD. Cinco CAPS-AD significam cinco equipes que têm de dar conta de toda demanda dessa população.



Ao dizer isso, obviamente, não estou desmerecendo o trabalho que é feito pelas equipes que estão lá no terreno. O trabalho é excelente. Chega a ser heroico, porque, mal o CAPS abre, e a fila de pacientes inscritos ou matriculados é de várias centenas. Vocês podem imaginar rapidamente, se temos cinco CAPS para 6,5 milhões, dá um CAPS para cada 1,3 milhões de habitante. Uma equipe que em sua formulação teórica, pelos dados do Ministério, é composta de aproximadamente 10 profissionais entre nível superior e nível médio.

O CAPS-AD, na sua formulação teórica, é composto de 1 psiquiatra, 1 clínico geral, 4 profissionais de nível superior, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro e 6 profissionais de nível médio, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, etc. Essa equipe de 10, 12 pessoas tem, no dia seguinte à abertura do CAPS, 1 milhão e 300 mil pessoas para tratar. É lógico que 1 milhão e 300 mil pessoas não vão bater no CAPS, mas são todos os doentes, dependentes de álcool e droga, essa população de 1 milhão e 300 mil pessoas. Não é possível.

Na verdade, o que me parece importante salientar é que este debate precisa contribuir para que haja um investimento significativo na saúde mental, o que nunca foi o caso no nosso País. Se a saúde pública no nosso País é sempre a penúltima ou última das prioridades — basta ver nos orçamentos de Municípios, Estados, etc. — a saúde mental, então, é o patinho feio da saúde, é o primo pobre da saúde. Quando se chega à saúde mental, nós temos esse tipo de situação.

Feita essa observação, queria colocar só mais uma coisa: também existe um clima — isso é muito comum nas discussões — meio que de exclusão, de raciocínio meio que binário: ou se é a favor ou não da internação compulsória; ou se é a favor ou não da comunidade terapêutica.

Sobre a internação compulsória, queria deixar bem claro que internação compulsória ou involuntária, melhor dizendo — involuntária pode englobar a compulsória no sentido de que não conta com o consentimento do paciente; estou falando aqui tanto do dependente químico quanto do paciente psiquiátrico —, é o último recurso. Quanto menos nós dermos acesso ao tratamento a essas pessoas, mais haverá necessidade de internação involuntária. É simples: se a pessoa não se trata quando começa o problema, se a doença evolui até um estágio, onde ela está



na sarjeta da cracolândia, é evidente que o número de internações contra a vontade vai aumentar. Esse tipo de raciocínio me parece claro.

Um exemplo simples que posso dar para os senhores é o seguinte: quando começou haver todo esse questionamento a respeito do que fazer, em São Paulo, principalmente, vimos nos jornais, *“a cracolândia vai recolher, vai internar compulsoriamente”*, o Governo de São Paulo aperfeiçoou o atendimento de um centro de referência que já existia, no início deste ano, em álcool, tabaco e outras drogas e fez um plantão de atendimento contando com a ajuda do Judiciário.

Muito bem, no primeiro mês de atendimento, o que se esperava, diante de toda essa movimentação, essa polêmica, era que houvesse internações compulsórias em massa. Na verdade, o que se observou foi o contrário. Houve certo número de internações, não recordo aqui qual foi exatamente, mas 90% das internações realizadas no CRATOD, no primeiro mês de funcionamento, foram voluntárias, ou seja, há uma demanda reprimida imensa, por parte desses pacientes dependentes, que nem conseguimos avaliar. Esse fenômeno talvez seja muito maior do que o que nós ainda conseguimos visualizar.

O exemplo do CRATOD é evidente: 99% — Dr. Laranjeira me diz — das internações foram voluntárias. O resto foi involuntário, mas não compulsório. Um telefone colocado à disposição das famílias tocava centenas de vezes por dia. Sabe qual é a diferença entre essa situação e a situação anterior? É que antes não havia ninguém na ponta da linha. A família procura e não sabe a quem recorrer. Não há resposta do Estado. Então, uma proposta que tenha alguém na ponta da linha para responder e orientar já é uma revolução na nossa realidade.

Essa dicotomia e essa falsa exclusão fazem parte, sim, infelizmente. A internação involuntária faz parte da atividade médica e psiquiátrica. Não há atividade médica e psiquiátrica sem esse tipo de decisão. E se não tomamos essa decisão, implica uma coisa chamada omissão de socorro. Esse é o primeiro ponto que eu queria deixar bem claro.

O segundo ponto — até já me perdi um pouco — é a questão da comunidade terapêutica de um lado e, de outro lado, as pessoas que dizem *“cuidar sim, excluir não”*.



Na verdade, as propostas não devem ser excludentes. Existe indicação para internação em enfermaria especializada para desintoxicação, como o Deputado muito bem explicitou, existe indicação para tratamento em CAPS, existe indicação para a comunidade terapêutica, às vezes, para o mesmo paciente, em diferentes etapas do processo de tratamento.

Então, só incluindo e articulando essas propostas e aproximando o tratamento dos pacientes é que vamos avançar. Se ficarmos nesse grau de distância e inviabilidade de acesso para os pacientes e para as famílias, o debate será estéril.

Era com isso que eu queria contribuir. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Muito bem. Muito obrigado, Dr. Rodrigo Godoy Fonseca.

Passo a palavra ao Sr. Dario Henrique Teófilo Schezzi, representante do Conselho Federal de Psicologia. V.Sa. tem a palavra pelo tempo já instituído nesta Comissão: 10 minutos, podendo chegar a 15 minutos. Seja bem objetivo, porque depois haverá debate e outra mesa em seguida.

O SR. DARIO HENRIQUE TEÓFILO SCHEZZI - Obrigado, Sr. Presidente. Boa tarde a todos os presentes. Quero agradecer aos nobres Deputados e aos cidadãos aqui interessados no tema.

Antes de tudo, gostaria de dizer que estou representando o Conselho Federal de Psicologia. E pensando nesta fala, comecei a me lembrar um pouco da minha trajetória profissional e gostaria de comentar que também me sinto representando o trabalhador do Sistema Único de Saúde. Trabalhei por 10 anos no Município de Jaboticabal, no interior do Estado de São Paulo, no Programa de DST/AIDS. Vou falar um pouco de onde surgiu o raciocínio da nossa colocação, a partir da minha experiência profissional e concreta.

O Programa de AIDS brasileiro é uma das referências mundiais, pois valorizamos e priorizamos o vínculo com os nossos pacientes acima de tudo. E como temos vários pacientes usuários de drogas, eu comecei a me envolver com as questões das drogas, no trabalho com a perspectiva da redução de danos.

Dessa forma, até para desmistificar um pouco essa questão, trabalhamos muito no resgate e na priorização do vínculo, porque o que importa no Programa de



AIDS não é se a pessoa usa droga ou não, mas se ela se mantém vinculada ou aderida ao serviço de tratamento da infecção pelo HIV.

E nessa trajetória eu comecei a discutir, a resgatar algumas questões, fazer algumas reflexões sobre a importância de pensarmos o vínculo das pessoas com serviços de cuidado e proteção à saúde, assistência social e também autonomia, que é uma das bandeiras de experiência que temos no cuidado dessas pessoas.

Acho que é um pecado o trabalho da rede substitutiva não dar muita popularidade e publicidade às muitas ações efetivas que temos e às ações a partir da autonomia, de cuidar das pessoas no território, na comunidade delas.

Fiz o meu mestrado sobre esse tema e começamos discutindo a adesão de pacientes com AIDS. E aí muito se fala da adesão ao tratamento. A AIDS é uma doença que nos ensinou muito nesse sentido. Entendemos que, para compreender os processos epidemiológicos, temos que entender a pessoa no contexto em que ela vive.

No começo da epidemia de AIDS falava-se muito disso. Eram grupos de risco, determinadas pessoas faziam parte desse grupo, depois, evoluímos para entender o comportamento de risco. Hoje, a discussão sobre o *crack* comete o mesmo erro que o Ministério da Saúde cometeu, na década de 80, ao entender o comportamento de risco como uma forma de responsabilização do indivíduo, de toda aquela questão.

Entre as pessoas que eu atendia, havia mulheres negras que tinham pegado HIV do marido. Como íamos questionar se ela havia ou não usado a camisinha, como íamos falar que ela deveria ter negociado preservativo em determinada situação? Nós temos que interferir nos elementos culturais da nossa sociedade para conseguir ter uma campanha de prevenção efetiva.

O Programa de AIDS chegou à conclusão de que deve entender a intervenção efetiva dentro do nosso trabalho, de cuidado das pessoas com HIV, a partir do entendimento dos processos de vulnerabilidade social: somos inseridos e determinados pelas condições materiais de vida, pelas condições econômicas, pelas condições sociais e culturais. Essas condições — isso pauta muito a nossa posição — devem estar intrínsecas a toda política de cuidado territorial em saúde no País. Hoje, entendemos que isso não é só cuidado de saúde. Temos de sair dos cuidados que fazemos dentro das unidades de saúde e irmos para o território. Temos de



entender que o cuidado de uma pessoa se faz pelo acesso que ela tem à moradia, à habitação. Não é penalizando as pessoas que estão em situações de pobreza ou de vulnerabilidade social, que vamos resolver. Só vamos manter a situação como está, e a nossa preocupação e o nosso temor relativos a esse projeto de lei que está sendo apresentado são de que isso piore a situação de centenas de milhares de pessoas que serão encaminhadas para o sistema penal.

Eu estava pensando aqui: quando temos um filho, queremos que ele vá para a vida. Não queremos que o nosso filho vá compor a massa carcerária brasileira que cresce a cada dia.

Entendemos o envolvimento das drogas como uma questão social e temos a preocupação de diminuir e parar esse processo em que milhares de pessoas se envolvem com as drogas devido à ausência do Estado, e este acaba penalizando essas pessoas por não terem rezado uma determinada cartilha. Às vezes, essas pessoas não têm nenhum vínculo afetivo. Para nós aqui, que nascemos em boas famílias, é muito fácil entender como seguir e rezar os comportamentos padrões que a sociedade nos prega. Eu entendo que, em determinados lugares que podemos conviver, às vezes, o Estado é tão ausente que os padrões, os códigos de ética são outros, os desejos sociais são outros. Como é que nós, enquanto Estado, vamos nos relacionar com essas pessoas. Será que o Estado vai penalizar as pessoas pelo lugar que elas vivem?

Uma das questões do trabalho que discutimos é a necessidade do avanço e de pararmos de discutir até intersetorialidade. Eu sou psicólogo social, ele é médico, então, temos de começar a conversar, temos de começar a discutir com a intersetorialidade, com os programas de direito. Eu sou militante do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde — CEBES, do qual tenho muito orgulho, uma entidade que ajudou na articulação do Sistema Único de Saúde. Estamos hoje num processo de revitalização da reforma sanitária, de ocupar espaços de luta e de avanço e da efetivação da reforma. Hoje, entendemos diversas questões e alguns pontos desse projeto como possíveis retrocessos, e falo com todo o respeito. Eu gosto muito da democracia por isso, não é Deputado?

Inclusive, um dos princípios que consta na Constituição Federal é o do respeito à dignidade humana. Eu entendo como um subprincípio da Constituição, e



não podemos retroceder. Se pensarmos nessa lógica de como o Estado trata as pessoas, será que não é um retrocesso aumentar a penalização judicial de pessoas que estão em determinadas situações sociais?

O que propomos em contrapartida? Em contrapartida, propomos a efetivação real de como o Estado lida com a pobreza neste País, de como o Estado lida com a população que está em situação de vulnerabilidade social. Eu coordenei um projeto de “desfavelamento” no Município de Jaboticabal e foi só quando tive contato com as pessoas de determinado bairro que eu comecei a refletir sobre essas questões, sobre a ausência do Estado e sobre como essas pessoas entendem de uma forma diferente o que aqui entendemos de uma forma muito simples.

Eu represento os movimentos de saúde mental. Temos o mesmo interesse do cuidado efetivo, urgente, das pessoas em situação de vulnerabilidade, em situação de dependência e abuso de drogas. E não só de abuso de drogas, mas em situação de vulnerabilidade social, de pobreza extrema, principalmente, em relação às mulheres, em relação à exposição, porque as mulheres culturalmente têm no País uma situação de minoria. E não vamos falar de minoria aqui.

Mas acho que temos o mesmo interesse. Reforço esse cuidado. Só que trazemos duas posturas diferentes. A postura que representamos, pelo Conselho Federal de Psicologia e pelos movimentos sociais, é a postura que o SUS trouxe como uma força muito grande, porque o SUS e toda a nossa Constituinte foram cunhados durante a época da ditadura.

Quando eu faço palestras sobre isso, eu falo muito que só damos valor a algo quando o perdemos. Então, se se perde a namorada, o namorado, então se começa a dar valor. Ao se perder a saúde, dá-se valor a ela. E eu acho que o que perdemos durante a ditadura foi a liberdade, a autonomia, o direito à emancipação. Então, nós, no CEBES, falamos que democracia é saúde e que saúde é democracia. Isso é intrínseco, é um processo que foi amalgamado. Não conseguimos separar a produção das duas coisas no País.

E não se produz saúde no País se não se estiver ligado à questão da autonomia, sem se pensar na emancipação dos sujeitos, na emancipação das pessoas, na emancipação das comunidades. O caminho não é a penalização das pessoas.



O pessoal está distribuindo aos Deputados — e eu gostaria que fosse disponibilizado no *site* do Conselho Federal de Psicologia — um parecer do Conselho Federal sobre esse projeto de lei. Eu particularmente gostei muito, achei que está muito adequado.

Quanto tempo ainda tenho, Deputado?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Pode prosseguir, mas já com o espírito conclusivo, porque preciso dar sequência, haverá debates e o senhor terá que falar novamente.

O SR. DARIO HENRIQUE TEÓFILO SCHEZZI - Eu iria ler um trecho do documento, mas vou me abster dessa leitura, para que cada um possa ler. Será distribuído a todos. Fizemos uma síntese de alguns pontos principais, mas eu acredito que é basicamente isso.

Só para concluir, eu participo e sou pesquisador de um grupo, recém-criado, de drogas e sociedade na USP. Esse é um grupo intersetorial, com pesquisadores das Faculdades de História, de Saúde Pública, de Psicologia e de Enfermagem, no qual discutimos sobre as soluções e críticas desta nossa postura em relação ao Estado como garantidor da emancipação e da autonomia do povo brasileiro.

Em um seminário que fizemos em Brasília, a partir de um trabalho etnográfico chamado *Cracolândia além do Crack*, discutimos pessoas em situação de uso de droga. Mas não vemos a droga, assim como não vemos a doença em pessoas com HIV. Vemos pessoas em situações de contexto de vulnerabilidade, que têm famílias, que têm um pertencimento em determinados grupos. E temos de resgatar esse pertencimento das pessoas.

Trabalho como educador permanente do SUS, da Política Nacional de Humanização. Trabalho com trabalhadores do CAPS, comecei um projeto da Regional de Saúde de Araraquara. Quando comecei esse trabalho, vi como os trabalhadores dos CAPS se sentiam desorientados e perdidos em relação ao que deveriam fazer. E fiquei realmente preocupado porque conseguimos as leis na década de 80, mas essas pessoas que estão passando nos concursos, indo para o trabalho, não sabem o que fazer. Elas não sabem que os CAPS devem não só atender a pessoas, porque são um equipamento territorial. O CAPS tem de organizar todo o sistema de saúde, assistência social, dar supervisão, dar



matriciamento, orientar as pessoas em relação aos cuidados. Hoje, o que discutimos é como vamos tirar essas pessoas dos CAPS Mentais — o apelido — para elas voltarem. Estamos usando isso a partir dos equipamentos de cultura.

Faço parte de um movimento em Ribeirão Preto, criamos uma virada cultural independente. Neste ano, se os senhores quiserem ir, será em todo o final de semana do mês de abril. Será inesquecível. Vamos colocar todos os horários do CAPS, para que participem. Mas temos de entender que, durante o ano, a cultura, além de potencializar nossa capacidade de articulação política, ela essencialmente faz a ponte da revitalização dessas pessoas e da sua integração na sociedade.

Só vou contar uma história, para finalizar. Um historiador da USP realizou uma pesquisa. Num seminário de um grupo que estuda a história dos alimentos e também a história das drogas na sociedade, ele trouxe a pesquisa de um psicólogo canadense da década de 80, Alexander Brucker. Não sei se os colegas aqui vão lembrar, ele foi aluno de um professor que fez uma pesquisa muito importante na psicologia, na década de 80. Ele trabalhava com macacos, colocava o leite num macaco de arame, o macaquinho tomava o leite, mas depois ia para o macaco felpudo. Isso serviu para mostrar a importância do afeto em nossa vida.

Esse pesquisador, que foi muito importante, tinha problemas com álcool. Um dos alunos dele ficou intrigado e começou a discutir, e ele mudou o paradigma da pesquisa em psicologia da época. Até então, os estudos de Skinner, os estudos do comportamentalismo clássico, eram com animais confinados. Eles observavam como eram os processos de aprendizagem, como eram os processos de relacionamento. Esse pesquisador mudou paradigma e pesquisou a relação desses animais com o local em que eles estavam e com o encarceramento. Ele propôs uma pesquisa com dois grupos de ratos. Um grupo ficou numa ratoeira, numa caixa pequena, em que ele deixou à disposição uma mistura de morfina e açúcar. Ele queria relacionar a dependência com o ambiente. E outro grupo ele deixou numa “ratolândia”, numa caixa gigante para os ratos, com aquelas coisas de que os ratos gostam. Eu não sei o nome direito, nunca tive ratos. Ele percebeu que, nos ratos que ficavam confinados, a taxa da dependência daquela substância era 16 vezes maior do que nos ratos que ficavam na “ratolândia”. A conclusão que ele tirou dessa pesquisa é que os ratos da “ratolândia” não ficavam dependentes da substância da



morfina com açúcar, porque de certa forma o convívio com os outros ratos lhes dava prazer, o que os ratos não queriam perder com o uso da droga. Então, foi um estímulo concorrente que mostrou ser mais prazeroso o convívio social do que a relação com a droga de dependência. Ele fez essa relação de 16 vezes.

Concluindo, seria o caso de pensarmos nas pessoas sobre as quais estamos discutindo aqui. Qual é a relação que elas têm? Nós estamos discutindo o destino de vidas que perderam o convívio social e que estão em situação de dependência. E, aí, eu faço o questionamento para os Srs. Deputados: da mesma forma que o pesquisador fez com os ratos, será que resgatando o prazer, o reforço, o estímulo do convívio social, não estaremos conseguindo fazer um trabalho mais efetivo do que a dependência?

Muito obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Muito obrigado, Dr. Dario.

Eu queria agradecer a todos que usaram da palavra.

O Deputado autor prossegue na Mesa.

Já vou convidar os membros da próxima Mesa: Pastor Wellington Vieira, Presidente Nacional da Federação Nacional de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil — FETEB; Sr. Sebastião Santos, Representante do Viva Rio; Sra. Maria Tereza Uille Gomes, Presidenta do Conselho Nacional de Secretários de Estado da Justiça, Cidadania, Direitos Humanos e Administração Penitenciária — CONSEJ; e Sr. Aloísio Antônio Andrade de Freitas, Presidente do Colegiado dos Conselhos Estaduais Antidrogas. Convido também o Deputado Givaldo Carimbão, que é o Relator. Se V.Exa. quiser, pode ficar sentado aí mesmo.

Anuncio que a esta sessão já compareceram os seguintes Sras. e Srs. Deputados: Domingos Sávio — aqui presente —, Mara Gabrilli, Assis do Couto, Paulo Freire, Fabio Trad, Osmar Terra, Onyx Lorenzoni, Pastor Eurico, Gonzaga Patriota, Arnaldo Faria de Sá, João Campos, Otoniel Lima, Delegado Protógenes, Keiko Ota, Hugo Leal, Junji Abe, Guilherme Campos, Flávia Moraes, Silvio Costa, Nelson Marchezan Junior, Rosane Ferreira — aqui presente —, Chico Alencar, Nilson Leitão, Marcos Montes, Isaias Silvestre, Vanderlei Macris, Major Fábio e Antonio Imbassahy.

Muito obrigado a todos.



Percebe-se, e eu me dirijo a todos, o quão interessada está esta Casa, é uma pluralidade de Parlamentares, são vários partidos atentos a um tema tão relevante que diz respeito ao dia a dia de todos os brasileiros. Essa é a verdade.

Solicito ao Deputado Carimbão que faça depois uma abordagem logo após a exposição dos quatro oradores. Aproveitem e prestem bastante atenção.

V.Exa. está ganhando, em termos de prestar atenção está entre os mais atentos. Não tenho dúvida.

Concedo a palavra ao Pastor Wellington Vieira. S.Sa. dispõe de 10 minutos.

Serei mais rigoroso e solicito a todos que farão uso da palavra que sejam bem objetivos e vão diretamente ao ponto para o qual querem chamar a atenção. Várias abordagens já foram feitas. A redundância às vezes ajuda a sublinhar, mas neste momento queremos objetividade neste debate. Vários Deputados querem fazer uso da palavra e fazer indagações.

O SR. WELLINGTON ANTONIO VIEIRA - Agradeço à Comissão por esta oportunidade de, mais uma vez, nos expressar na Câmara dos Deputados.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Com licença, Pastor.

Convido o Deputado Antonio Imbassahy para assumir os trabalhos. Voltarei em seguida.

Com a palavra o Sr. Wellington Vieira.

O SR. WELLINGTON ANTONIO VIEIRA - Como já foi dito, sou pastor evangélico, estou aqui como Presidente da FETEB e Vice-Presidente da CONFENACT, a Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas, sou graduado em Serviço Social, Técnico em Dependência Química, Conselheiro do CONAD, represento o Terceiro Setor, sou ex-dependente químico, livre das drogas há 22 anos. Criei os meus filhos na Comunidade Terapêutica, modelo no qual acredito há 22 anos, família Comunidade Terapêutica que amo e vivo. Minha profissão hoje é salvar vidas.

Como podemos falar de uma família se não a conhecemos? Trago para V.Exa. um pouco da minha família, a Comunidade Terapêutica. Chegamos ao Brasil em 1968, nada novo. No Brasil, há 30 anos católicos e evangélicos tratam as pessoas que estão com problema de uso e abuso de droga.



Temos algumas características. A Comunidade Terapêutica pode ser instalada no modelo urbano ou no modelo rural. O principal instrumento terapêutico de uma Comunidade Terapêutica é a convivência entre os pares, acompanhados por uma equipe multidisciplinar, com um programa terapêutico definido para cada residente. A internação é voluntária, o residente precisa querer, por vontade própria, estar internado nessa Comunidade Terapêutica. A espiritualidade para nós é um instrumento terapêutico, então, trabalhamos a prática da espiritualidade, sim, nós acreditamos nisso.

Nunca pleiteamos ser financiados pelo SUS. Quem disse isso, quem tem divulgado nas rádios, na televisão ou no jornal falou uma inverdade. A Comunidade Terapêutica nunca pleiteou financiamento do SUS. Desde 2001, buscamos o reconhecimento, no Brasil, do modelo Comunidade Terapêutica. Em 2011, em audiência, a Presidente Dilma Rousseff reconheceu o modelo Comunidade Terapêutica no Brasil e incluiu-o em vários editais, mas por questões ideológicas e por desconhecerem a nossa família, fomos maltratados por todos.

Atualmente, somos aproximadamente 1.800 Comunidades Terapêuticas no Brasil, com 60 mil pessoas em tratamento, em muitos casos sem 1 real do Governo Federal. Acreditamos em todos os modelos para tratamento da dependência química, seja ela CAPS-AD, consultório de rua, ambulatório, residência terapêutica, comunidade terapêutica e hospital geral, desde que todos funcionem.

Quanto aos tratamentos compulsórios e involuntários, em alguns casos são necessários. O que for necessário para salvar o dependente químico e o seu familiar tem que ser feito. Eu faria e faço o que for necessário para salvar uma vida, principalmente se o meu filho estiver envolvido no mundo das drogas. E você, o que faria se fosse o seu filho? Involuntário, compulsório? O que você faria?

Nós, das Comunidades Terapêuticas e da Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas, com as emendas que fornecemos ao Presidente, ao Relator e ao autor da nova Lei das Drogas, apoiamos realmente essa nova lei.

O relatório que o CFP fez, o que foi divulgado pelas mídias e distribuído para todos os Deputados, é uma falácia. Eu gostaria que eles fizessem um relatório de boas práticas, ou seja, visitar aqueles modelos de Comunidades Terapêuticas que existem em Alagoas, em Minas, no Brasil inteiro. Eles divulgaram aquelas fotos, mas



que viessem a fazer um relatório de boas práticas e bons serviços que estamos prestando.

Seixo as portas abertas, principalmente da comunidade de que sou gestor há aproximadamente 17 anos, com equipes estruturadas e mais de 20 psicólogos com carteira assinada, financiados pelo Governo do Estado de Minas.

O Governo de Minas acredita em Comunidade Terapêutica. Está aqui o Deputado Marcos Montes, que foi o primeiro, quando Secretário, a acreditar no modelo de Comunidade Terapêutica. Não só financiou, como cedeu equipamentos que estavam fechados na FEBEM para as Comunidades Terapêuticas, e ali conseguimos salvar várias pessoas.

Nós, das Comunidades Terapêuticas, queríamos manifestar o nosso repúdio sobre o vídeo que o CFP tem divulgado no Youtube. É uma inverdade, não é volta dos minimanicômios. Eles sequer chegam perto das comunidades.

Não deveria estar aqui hoje o representante, mas sim o Presidente do Conselho de Psicologia. Ele foge do debate todas as vezes em que é chamado. Nas assembleias pelo Brasil inteiro, ele não tem comparecido. Aqui nesta Casa várias vezes foi convocado, mas foge do debate.

Então, gostaríamos que ele viesse para fazermos um debate, porque nós queríamos que nos desse uma resposta sobre onde colocar os psicólogos que trabalham e acreditam em Comunidades Terapêuticas. De acordo com a pesquisa que fizemos e que podemos fornecer para esta Comissão, 75% dos profissionais que conhecem as Comunidades Terapêuticas, os psicólogos que são filiados aos CRPs do Brasil inteiro, acreditam e indicam inclusive familiares, se for necessário, para trabalhar nessas comunidades.

Então, dentro mesmo do próprio CRP não há, na verdade, uma clareza para os profissionais de Psicologia que estão lá. Eu acho que eles têm, na verdade, que cuidar, em vez de ficarem fazendo vídeos e correspondências e gastando dinheiro. Deveriam ir às Comunidades Terapêuticas para fiscalizar os profissionais que estão lá atuando. Ou seja, se há profissionais nas Comunidades Terapêuticas.

Todos os segmentos têm problemas: nos hospitais, nas cadeias, nos CAPS, nas Comunidades Terapêuticas, no Congresso, na Justiça, etc. Senão, não precisaríamos ter conselhos de ética, não é mesmo?



Nós acreditamos na fé. Nunca abriremos mão da nossa fé, nunca deixaremos de pregar o Evangelho dentro das Comunidades Terapêuticas. A espiritualidade pode não só resolver o problema da epidemia do *crack*, mas todas as doenças que atingem o nosso Estado.

Sem Jesus, não dá para ser feliz.

Muito obrigado.

Acreditamos na vida. (*Muito bem. Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Antonio Imbassahy) - Agradecemos ao Pastor Wellington Vieira.

Passamos a palavra ao Sr. Sebastião Santos, representante do Viva Rio.

O SR. SEBASTIÃO SANTOS - Boa tarde a todos.

Quero agradecer o convite feito pelo Deputado Otavio Leite e pela Comissão de Segurança Pública.

Parabenizo o Deputado Osmar Terra e Deputado Givaldo Carimbão. Já era tempo de discutir esse problema aqui. Independentemente de considerarmos que seja uma epidemia ou não, estamos vendo que é um problema que está em todo o País.

Eu sou do Rio de Janeiro, e, desde 2009, quando comecei a trabalhar com esse tema de saúde nas comunidades e favelas do Rio de Janeiro, enfrentando esse problema dos dois lados, tanto do lado do usuário, quanto do lado do traficante, chegamos à conclusão de que não pode mais para o Brasil ficar de mãos atadas diante desse problema.

O que nós estamos percebendo, e a experiência tem mostrado isso, tanto a experiência de São Paulo, em que, apesar de toda a vinculação de mídia, de todo o debate que foi feito, ficou provado que havia mais demanda de internações do que necessidade de internações compulsórias. No Rio de Janeiro, eu estive acompanhando várias cracolândias. É muito interessante observar o seguinte: há cracolândias que simplesmente não existem para a sociedade, porque lá a mídia não vai. Lá não se tem a exploração de mídias e o que vimos, por exemplo, em São Paulo ou mesmo na Avenida Brasil, no Rio de Janeiro.

Então, isso mostra que se há um problema e a mídia mostra, a sociedade vê de um jeito; se a mídia não mostra, a sociedade simplesmente ignora.



O que temos observado, tanto naquilo que a mídia mostra — o que faz de vez em quando as autoridades se mobilizarem e a sociedade ficar indignada —, quanto naquilo que a sociedade não mostra, é uma ausência profunda do Estado brasileiro para tratar esse tema. O que nós estamos vendo é apenas resultado de uma falta de política pública. É apenas o resultado da ausência do Estado em muitos lugares deste País.

Felizmente, o Governo Federal, ao lançar o Plano “Crack é Possível Vencer!”, hoje entendeu que o problema não está apenas nas grandes capitais, onde a mídia vai e mostra; já começou a entender que o problema está em muitos outros lugares e que é preciso ter uma política que chegue a esses lugares.

Eu quero dizer que o projeto do Deputado Osmar Terra, cujo relatório foi feito pelo Deputado Carimbão, pelos debates que vimos observando e ouvindo, tanto aqui, quanto em outros lugares, precisa, de fato, de muitas modificações, algumas delas já aceitas, inclusive, pelo Relator e pelo próprio autor do projeto.

A sociedade brasileira não quer retrocessos em muitas áreas, muito menos nessa área de saúde. Nós temos muitos avanços, avanços conquistados a duras penas, através do SUS, que não podem ser hoje objeto de retrocesso.

A lei sobre drogas, de 2006, foi um pequeno avanço, mas, para a época, foi um avanço significativo. Nós não podemos hoje ter nenhum retrocesso. Se tivermos uma lei que vai tratar do tema sobre drogas, deve ela ser um pouquinho melhor do que aquela que temos hoje. Ela não pode ser pior do que a que temos hoje.

Nós não podemos, de novo, agir movidos por aquilo que a grande mídia muitas vezes nos apresenta. É preciso ter um pouco mais de profundidade nas discussões sobre esse tema.

Não podemos admitir uma lei, por exemplo, que não separe, que não identifique claramente o que é traficante e o que é usuário. A lei atual não diz isso, não separa, não identifica isso. Por isso, nós saímos de 60 mil pessoas presas, em 2006, para 125 mil pessoas presas em 2011 e 2012. Na sua maioria (86%), são pessoas sem passagem criminal, presas com pequeníssima quantidade de drogas, mas, como eram negras, pobres e estavam em comunidade de periferia e de favela, foram tratadas como traficantes, não como usuários.



Então, uma lei que não corrija isso não serve para termos avanços na política de drogas brasileira. Não é um avanço uma lei que não permite que as pessoas deixem de ser tratadas como criminosas para serem tratadas, caso queiram.

Então, é preciso que a gente seja muito claro nisso. É preciso que haja um avanço objetivo com relação a essa questão. Não é possível isso, depois de tantos avanços do SUS, o que acompanhamos há anos.

Eu tive a felicidade, por conta desse trabalho, de visitar São Bernardo do Campo, onde fui a um CAPS AD, que coordena todo o trabalho de rede que o SUS oferece lá. Eu fui a uma unidade de acolhimento, a uma unidade de acolhimento infantil, a um consultório de rua. Fiquei impressionado com a maravilha de tratamento que é oferecida pelo poder público naquela cidade. Se lá é possível, por que nas grandes Capitais e em outras cidades não pode ser possível também? É claro que é possível, basta vontade política para isso.

Portanto, precisamos de uma lei que force o Governo, o Estado a aplicar, a ter vontade política para fazer isso funcionar de verdade.

Eu também visitei algumas comunidades terapêuticas, várias, e fiquei muito impressionado com o que eu vi, pelo menos.

Eu não vou entrar na discussão se temos que dar dinheiro para igreja, para comunidade. Não é essa a discussão, pelo menos no meu ponto de vista. Para mim, a discussão é outra. Primeiro, se tivermos que acolher as pessoas que têm essa demanda e precisam ser tratadas, não há espaço público ainda. Temos que brigar para que haja, porque esse é o dever do Estado. Mas acho possível que as pessoas também sejam tratadas nas boas Comunidades Terapêuticas, que respeitam a individualidade, que seguem a orientação do SUS.

Aliás, no Plano "Crack, é possível vencer!", o próprio SUS já acolhe as Comunidades Terapêuticas. Ela faz parte da rede, com critérios.

Então, existem muitas coisas para se afinar. É possível pensar em um projeto de lei que, primeiro, seja um avanço para além daquilo que hoje temos. Não é possível continuar tratando usuário como criminoso. Não é possível continuar fechando portas para quem quer se tratar, porque vai para a cadeia. Isso é uma insanidade. Do ponto de vista social, é insano. Todo mundo sabe hoje que quem vai para uma prisão, pelo menos no Rio de Janeiro é assim, tem que escolher um lado,



uma facção, senão morre. Então, entra usuário e sai de lá traficante formado pela universidade do crime. Estamos investindo, enquanto sociedade, recursos para criar especialistas no crime, quando não fazemos uma separação de quem é usuário de quem é traficante em uma legislação como a nossa. Não é possível continuarmos vendo a nossa juventude pobre, negra e favelada pagando! Se é da Zona Sul, do Baixo Ipanema, do Baixo Leblon, beleza, provavelmente ele vai ser reconhecido como usuário. Mas, se estiver em uma favela do Rio de Janeiro, meu amigo, pode estar com um pedacinho de maconha que será tratado como traficante.

No Rio de Janeiro, pelo menos, sabemos que muitos policiais — não sei se só no Rio, mas acho que em muitos lugares do Brasil —, colocam a pessoa que foi pega com qualquer quantidade de drogas como traficante para contar no currículo: *“Prendi tantos traficantes”*.

Ou corrigimos essa injustiça ou, então, essa lei não vai ser um avanço. Já temos aqui, Deputados, pelos debates que estamos fazendo e pelas colocações que aqui formam feitas, uma certeza: esse projeto não pode ir à votação. Nós sabemos da necessidade do tema, não estamos desconhecendo isso, mas nós não podemos votar esse projeto da forma como está.

Há espaço, e a sociedade aqui quer isso, uns estão se mostrando pelas faixas, pelas manifestações, pelas palavras aqui da Mesa... Há necessidade de um maior debate sobre essa questão.

Quero fazer um apelo aqui aos nobres Deputados para que não coloquem em votação esse projeto, de modo que a sociedade possa tomar pé dele e discutir melhor essa questão.

Obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Antonio Imbassahy) - Muito bem.

Agradecemos também pela palavra a Sebastião Santos, representante do Viva Rio.

Passamos a palavra a Maria Tereza Uille Gomes, Presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Estado da Justiça, Cidadania, Direitos Humanos e Administração Penitenciária — CONSEJ. Por favor, Sra. Maria Tereza.

A SRA. MARIA TEREZA UILLE GOMES - Quero agradecer inicialmente o convite feito pelo Presidente Deputado Otavio Leite.



Registro a satisfação e cumprimentar aqui o Deputado Osmar Terra, o Relator, Deputado Carimbão, a Deputada Rosane Ferreira, do meu Estado, Paraná, a Deputada Keiko, de São Paulo, os demais Deputados presentes, todos da Mesa e todos que aqui estão.

Tenho absoluta certeza de que este é um dos temas que envolvem uma grande dose de discussões tanto acadêmicas, quanto da própria sociedade. A questão, principalmente, do *crack* hoje enseja uma série de encaminhamentos. É fundamental que o Congresso se debruce sobre esse tema.

Atualmente, presido o Conselho Nacional de Secretários de Estado da Justiça e Administração Penitenciária, administração prisional, que são justamente os Secretários de Estado que são responsáveis pela gestão prisional. Sou Procuradora de Justiça do Ministério Público do Estado do Paraná. Minha formação é em Direito, também com formação acadêmica na área de Educação e Sociologia.

Acho que nós estamos, talvez, diante de um dos maiores problemas do sistema carcerário, que é a questão da drogadição. Ouvi atentamente o posicionamento do autor do projeto em relação ao agravamento das drogas e do cenário de violência, do aumento de homicídios no Brasil, e a maioria deles relacionados, sem dúvida alguma, à questão da drogadição. Não podemos também descuidar da importância da questão do álcool, do tabaco, das drogas. Todo esse cenário é complexo.

Nós vimos no primeiro painel aqui a manifestação, principalmente, da área médica, de especialistas, psiquiatras, psicólogos. Eu gostaria de fazer aqui uma manifestação um pouco mais de cunho jurídico a respeito desse projeto de lei.

Nós temos hoje a Lei nº 11.343, de 2006, que trata da criminalização das drogas; a Lei nº 10.216, que trata da reformulação das políticas de saúde mental, que permitem hoje a internação voluntária, involuntária e compulsória, quando houver determinação da Justiça. O que se pretende, através desse projeto de lei, é tratar de forma sistêmica a questão da drogadição. Encampa a possibilidade da internação voluntária e involuntária no projeto, deixa de fora a internação compulsória, por parte da Justiça, o que também, com fundamento em outra lei, se houver esse entendimento do Judiciário, não deixa de existir.



A lei permanece em vigor — a lei de 2001. Mas existem algumas questões aqui que nos preocupam. Primeiro, no que diz respeito à porta de entrada e à porta de saída do sistema prisional.

O Brasil hoje é um País que possui a quarta maior população carcerária do mundo. Essa quarta maior população carcerária do mundo possui uma série de crimes que são escalonados. Em primeiro lugar, o tráfico de entorpecentes: 127 mil pessoas presas por tráfico de drogas. Em segundo lugar está o roubo qualificado, com 94 mil pessoas presas. Depois, o roubo simples, com 48 mil pessoas. Sequenciando, o furto qualificado, 36 mil pessoas; o furto simples, 35 mil pessoas. Só em sexto lugar nós chegamos ao homicídio qualificado, o que significa que hoje nós estamos encarcerando muito mais em razão do tráfico, em razão de crimes contra o patrimônio, como roubo e furto, do que efetivamente por aqueles crimes que tiram a vida de uma pessoa.

Isso nos preocupa, na medida em que a população carcerária tem crescido numa progressão geométrica. A superlotação carcerária hoje é uma das causas de absoluta preocupação, inclusive da ONU, que reputa como uma das maiores violações de direitos humanos a superlotação carcerária. Nós temos 300 mil vagas, e 540 mil presos. Resolver o déficit carcerário de mais de 200 mil vagas equivale não apenas a um investimento elevado de recursos, mas, sobretudo, ao tempo necessário para se corrigir isso.

O que me parece mais grave: se o primeiro crime, que mais está encarcerando, é o tráfico de drogas, nós não estamos conseguindo um ponto de equilíbrio entre a porta de entrada e a porta de saída das prisões. A porta de entrada e a porta de saída das prisões precisam ter um critério. Nós precisamos buscar esse parâmetro. A lei atual não é clara. O projeto de lei, nesse aspecto, parece-me também que é o ponto crucial. Se evoluir o projeto e se realmente for à apreciação dos Deputados e, enfim, do Senado, há um dispositivo que é o coração do projeto de lei sobre drogas. Esse dispositivo é o previsto hoje no art. 28 da lei sobre drogas. E o art. 28 diz que, para que a pessoa seja considerada usuária de drogas, o juiz deve levar em consideração um requisito objetivo e três requisitos subjetivos. O requisito objetivo: natureza e quantidade da droga. Os três requisitos subjetivos: local e condições; circunstâncias sociais e pessoais; conduta e antecedentes. Ou



seja, se uma pessoa é encontrada com três pedras de *crack*, mas existe um histórico de antecedentes de que ela já vinha, ao longo do tempo, praticando tráfico ou sendo investigada pela polícia, etc., independente da quantidade, ela pode ser considerada, até, traficante. Mas aí é preciso que haja uma justificativa dessas circunstâncias de caráter subjetivo. O que hoje muito se vê é a condenação por tráfico de drogas, principalmente de mulheres com quantidade pequena de drogas — mulheres que foram levar drogas aos presídios ou mulheres que acabaram vendendo algumas pedras de *crack* até para sustentar os filhos. Enfim, essas mulheres estão sendo condenadas como traficantes.

Hoje nós temos um estudo científico. O Deputado age acertadamente quando fala da ausência de estudos científicos. Realmente não os temos. Nós fizemos, no Paraná, um estudo científico sobre o perfil das mulheres encarceradas. Quem são as mulheres encarceradas? Chegamos ao número de 90% de mulheres presas por tráfico de drogas. Desses 90%, 70% não chegam a ter 1 quilo de substância entorpecente, e estão encarceradas. Uma mulher de 72 anos de idade foi presa com três pedras de *crack* e condenada a 5 anos.

Então, parece-me que essa preocupação talvez não seja só do legislador. Ela envolve o encaminhamento a ser feito por parte da Polícia, o encaminhamento de interpretação por parte do Poder Judiciário e do Ministério Público. Mas nós temos a dificuldade, Deputado, na pesquisa científica, de livros acadêmicos para dizer qual é a quantidade — requisito objetivo — compatível com o uso. Três gramas é muito ou pouco? Dez gramas é muito ou pouco? Esse é um requisito não subjetivo, mas objetivo. Não existe um parâmetro hoje, no Brasil, que permita uma avaliação científica desse tema. Nós temos usos e costumes, temos o relato dos usuários e temos apenas o direito comparado, que para nós ainda não se aplica.

A questão da regulamentação, no nosso entendimento, pode ser, inclusive, administrativa, feita pelo Conselho Nacional sobre Drogas. Fizemos essa proposição ao Ministério da Justiça, e o Ministro ficou de levá-la a debate no Conselho. Seria uma das maneiras de tentarmos diferenciar um pouco a pessoa que é usuária e foi condenada como traficante do grande traficante. Esse, sim, merece todo o rigor. Esse grande traficante, que traz toneladas de drogas, que faz narcotráfico, precisa, sim, ter a sua sanção agravada.



Mas parece-me que na penalização, na quantidade de pena para determinados crimes, primeiro, haveria a necessidade de mexermos na redação do art. 28, para deixar clara a questão objetiva da quantidade. Claro que não é apenas a quantidade. A quantidade é um requisito objetivo. Aliado a ele, o juiz precisa ter mais três requisitos subjetivos, mas nós precisamos ter clareza desse artigo.

Segundo, em relação às penas, quando o projeto de lei propõe aumentar a pena para o usuário, isso, na verdade, pode até fugir um pouco do controle da celeridade do Juizado Especial. Então, no nosso entendimento, a pena para o usuário, que não é uma pena de prisão, mas é uma medida alternativa, deveria permanecer como está. Não estamos entrando no mérito de despenalização, de descriminalização. Não estamos entrando no mérito de direito comparado. Apenas estamos dizendo que é melhor deixar como está a atribuição do Juizado Especial para tratar da questão do usuário, com uma redação clara e objetiva em relação ao art. 28.

Com relação ao tráfico, há proposta de aumentar a pena de 5 a 15 anos para 8 a 15 anos e alguns outros artigos na mesma linha. É importante dizer que o juiz, quando aplica a pena, tem a discricionariedade de aplicar para o traficante entre 5 e 15 anos. Não há necessidade de aumentar essa pena mínima para 8 anos, porque já está na esfera de discricionariedade entre 5 e 15 anos. Então, parece-me que, no que diz respeito à criminalização, principalmente à penalização dessas condutas, as penas poderiam permanecer as mesmas que já existem, porque o juiz já tem essa possibilidade, independentemente da alteração legislativa.

Digo mais: pelo que hoje vemos nos nossos presídios, há uma mistura de pessoas. Isso eu falo pelo meu Estado. São 28 mil presos, e lá nós temos o grande traficante e o microtraficante misturados. O microtraficante, com 3 a 5 pedras de *crack*, com um pouco de maconha, conversa com o grande traficante. Assim, acaba-se formando uma rede de amizade dentro do presídio. Quando o microtraficante sai de lá, isso é uma maneira de contribuir, lá fora, para determinadas organizações ilícitas.

A sociedade precisa se preocupar com isso. Nós precisamos saber separar o microtraficante do macrotraficante. Não é aumentando a pena para o traficante ou aumentando a pena para o usuário que vamos resolver a situação.



Assim, permitam-me sugerir a melhoria no texto no que diz respeito ao art. 28, se for o caso, inclusive, com a inserção de um novo parágrafo, e também que as penas do usuário e do traficante permaneçam como estão.

No que diz respeito às opções de internação voluntária, involuntária, comunidades terapêuticas, CAPES, encaminhamento para educação, qualificação, profissionalização, acho que todos os encaminhamentos são positivos. Acho que existe uma rede de encaminhamentos necessários. Digo mais, o que falta hoje para o sistema da Justiça é uma porta de entrada em que se permita a triagem disso. Nós até apelidamos de “casa” um centro de atendimento. Que nele tenha um médico, um psiquiatra, um psicólogo, um clínico geral, um educador, um terapeuta educacional, um juiz, um promotor, um defensor público e um delegado de polícia. Que essas pessoas, nesse centro integrado, possam ser encaminhadas. Se forem usuárias, o Juizado Especial se encarregará de dar o encaminhamento necessário, ainda que seja de internação voluntária ou involuntária. Esse papel é do Juizado Especial. Se forem traficantes, o encaminhamento será para um auto de prisão em flagrante. Nesse caso, não apenas pelo requisito objetivo da quantidade, mas porque o requisito objetivo da quantidade está associado a um dos três requisitos subjetivos.

Nesse aspecto, nós gostaríamos, então, em nome do Conselho Nacional de Secretários de Justiça, de entregar um documento propondo esse fluxo de encaminhamento da porta de entrada. Nós entendemos que organizar a porta de entrada é fazer justiça social, é cuidar e não excluir, é cumprir o princípio da dignidade da pessoa humana.

Muito obrigada. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Muito obrigado, Dra. Maria Tereza Gomes. Peço ao Conselho que encaminhe o documento pretendido, para que possamos distribuí-lo aos demais Deputados.

Gostaria de registrar a presença do Deputado Padre João. Muito obrigado pela presença.

Passo a palavra ao Dr. Aloísio Antônio Andrade de Freitas, Presidente do Colegiado dos Conselhos Estaduais Antidrogas. Depois, vamos passar a palavra aos Deputados, começando pelo Deputado Givaldo Carimbão.

O SR. ALOÍSIO ANTÔNIO ANDRADE DE FREITAS - Boa tarde a todos.



Aproveitando que estão todos na *overdose*, vou fazer e acontecer aqui, sem saberem direito o que está acontecendo, porque depois de tanta informação a gente fica meio tonto, meio zozzo.

Como ninguém é perfeito, eu sou psiquiatra. Como todo mundo tem uma atenuante, eu trabalho com homeopatia e com medicina antroposófica. Faço parte do Conselho de Políticas sobre Drogas de Minas há 28 anos e atualmente sou Coordenador-Geral do Colegiado de Presidentes dos Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas. Esse Colegiado se debruçou sobre o projeto do Deputado Osmar Terra e sobre o substitutivo do Deputado Carimbão, em cinco reuniões, para as quais pelo menos 20 Presidentes de Conselhos traziam as posições dos conselhos estaduais.

Primeiro, quero lembrar que esse volume de droga é como um sintoma. Isso é como uma dor de dente. O problema da cárie, o buraco não é outro, mas ele é maior e mais embaixo do que a gente imagina.

O que nós temos por detrás desse uso de drogas é a necessidade de uma sociedade que precisa se anestesiar porque as condições não só de moradia, de trabalho, mas também de respeito são totalmente deficitárias.

Segundo, quero lembrar que a primeira lei específica sobre a questão das drogas é de 1976, a Lei nº 6.368, e que nós demoramos 30 anos, até 2006, para mudar essa lei. Ou seja, não dá para continuar discutindo e discutindo em cima de um tema que não tem solução simples. Temos escolhas adequadas, escolhas pertinentes para cada momento. O que o *crack*, se podemos dizer que há males que vêm para pior, veio trazer foi a prova cabal de que não é possível conviver com certo tipo de substância. Se nós tínhamos algumas dúvidas — por exemplo, dá para o sujeito fumar maconha a vida inteira e trabalhar e produzir, talvez um pouco abaixo da sua capacidade original, mas sem perder tanto —, com a chegada do *crack* nós vimos o quê? Uma dependência e uma “demenciação” extremamente rápidas. Quando se fala em “demenciação” — os psiquiatras aqui fizeram colocações brilhantes —, o que nós temos? Nós temos uma impossibilidade de retorno. Nós estamos criando um passivo social que a família ou a sociedade vai ter que segurar depois.



A expressão é meio esquisita, mas eu vou dizer: um usuário de drogas, de *crack* especificamente, “demenciado” é uma mula sem cabeça soltando fogo pelas ventas. E cabe lembrar a todos aqui — estou vendo uma dúvida sobre o que é droga — que a droga é uma substância psicoativa que age sobre o sistema nervoso central mudando os comportamentos. Isso é droga. Agora, a que faz mais mal ou menos mal é um detalhamento que não nos interessa no momento, porque a questão principal é que precisamos tomar alguma providência, uma providência eficaz. Não bastam boas intenções.

Frase do velho Guimarães Rosa: *“Querer o bem com demais força, de incerto jeito, pode já estar sendo se querendo o mal, por principiar”*. Querer o bem, ótimo. Com demais força, erro na dose; de jeito incerto, erro na forma, na maneira. Então, se a dependência química é o adoecimento da vontade, primeiro adocece a força de vontade, que é o desejo daquela pessoa de não usar droga ou então de não usar tanto. Depois, há o adoecimento da boa vontade, quando se perde inclusive a vontade de melhorar, ou seja, isso é um quadro depressivo. O transtorno da dependência química é uma doença mental ligada aos transtornos obsessivos compulsivos, à repetição de alguma coisa, de uma prática ou de um pensamento, em que essa doença, esse acometimento da vontade prejudica obviamente o livre arbítrio, porque, se a consciência não está plena, as escolhas estão prejudicadas.

Quantas vezes nós, que trabalhamos em hospital psiquiátrico, internamos o paciente que tentou o suicídio, e que, graças a Deus, não conseguiu morrer! Passados 7 dias, 10 dias, ele diz: *“Como eu cheguei aqui? Eu não me lembro”*. Então, isso faz parte de uma proteção social. O que seria dos rios sem as margens? O que seria do perfume sem o vidro? Nada, porque isso desaparece. Nós não trabalhamos com a ideia do controle social, nem de higienização precária, punitiva, ideologicamente falando, não aceitável. Mas se não tivermos um sistema protetor para os idosos, para as crianças, para os doentes, como vai ser? Cada um por si e Deus não existe? Então, nós precisamos tomar providências.

Esse projeto de lei e o substitutivo foram debatidos em vários níveis, mas ainda não suficientemente. O Deputado Carimbão está de parabéns. O Deputado Osmar Terra, o Deputado Otávio Leite estão nos ouvindo. Mas nós não temos todo o



tempo do mundo para poder chegar à conclusão, porque não vai haver conclusão, não vamos chegar a um acordo definitivo.

Nós temos dois tipos de situação. O que já está acometido e que é preciso — eu até prefiro o termo “adolescente” — dar um trato nessa pessoa. Ela precisa receber não só um tratamento médico, e aí a grande dificuldade, porque nós temos uma interface entre saúde e assistência social.

O Dr. Cloves Benevides, que coordena o Colegiado de Gestores e é o Subsecretário de Políticas sobre Drogas de Minas, teve essa experiência, quando, muito antes de São Paulo e do Rio, se fez a Operação Limpeza Urbana. Mas foi o quê? O desespero de autoridades vendo pessoas se suicidando na nossa vista, na nossa cara. Levaram essas pessoas para tratamento e fizeram um processo de desintoxicação. O Pastor Wellington participou, através da sua instituição, o CREDEQ. Quando essas pessoas saíram, depois de um tempo significativo em abstinência, a recaída foi de 3 dias, de 2 dias, às vezes, até no mesmo dia. Por quê? Sem um sistema de assistência social, sem os CREAS, sem os CRAS funcionando bem, sem que essa família esteja em tratamento, não indo para a comunidade ou para um hospital se tratar, não no seu ambiente, mas com uma equipe de assistência social, para preparar essa volta — no caso, a Dra. Maria Tereza tem experiência com a saída do sistema prisional —, a maior parte, quando sai, como diz o outro, fica igual a um cego perdido em tiroteio ou uma azeitona em boca de banguela. Quer dizer, sem noção de para onde ir, do que fazer e de como vai ser.

O que acontece? Não temos solução simples, temos escolhas adequadas. Quando pensamos que demoramos 30 anos para mudar a primeira lei de drogas, ficamos meio horrorizados. Lembro aos senhores que o FUNCAB, o fundo de combate às drogas, foi criado em 1986. Vamos fazer a conta: são 16 para 17 anos. O Dr. Wladimir está ali. Há dificuldade de operacionalizar, dificuldade das tutelas antecipadas, de vender os negócios, aquela confusão de fazer leilão. É uma dificuldade. Então, dá para melhorar. Entre o real e o ideal há o possível. E o possível envolve a participação comunitária, envolve a participação de todos os segmentos, mas não envolve o diletantismo, o blá-blá-blá, a minha opinião, a minha experiência. Por quê? Cada um só vê e entende as coisas ao seu modo.



Todos aqui sabem que andar de moto é perigoso. Não sabem? Sabem. Cada um de nós deve ter visto dois, três, quatro acidentes. Fiquem num pronto-socorro durante 2 horas. Sua opinião sobre moto vai mudar, vai ser de mais preocupação ainda. Quando não trabalhamos na área, quando não estamos na ponta recebendo o drama, as tragédias familiares e pessoais, achamos com a nossa experiência. Eu vi dois ou três motoqueiros caírem. Realmente é um perigo, mas eu não estou nem aí. Por quê? Porque isso não vem para mim com a força que vem para o Pastor Wellington, para o Cloves, para várias pessoas do tratamento.

Quero terminar meu raciocínio. Já que dizem que quem ri por último ri melhor ou é retardado, e não vou querer aqui criar nada de mais brilhante — nós tivemos exposições —, quero reconhecer, Presidente, o quanto foi contributiva essa participação de inúmeros setores, cada um com uma opinião diferente. Repito que não dá para esperarmos muito tempo.

Vou terminar o raciocínio falando justamente sobre essa questão da busca do ser humano, do vazio existencial, da angústia, com dois textos muito rápidos.

Primeiro, um texto do famoso Charles Baudelaire, poeta francês que teve várias vivências com substâncias psicoativas. No texto chamado *Poema do Haxixe*, ele descreve o que seria a função das substâncias psicoativas na história da humanidade. Não estou falando de dependência química. Ele aborda os vários tipos de embriaguez: *“Estado esse de encantador estranho, do qual deveríamos tirar, se fôssemos sábios, a certeza de que é possível uma existência melhor e a esperança de alcançar essa existência melhor, através do exercício diário da nossa vontade”*. Ele vai ao ponto. Por quê? O adoecimento é da vontade. Portanto, não se pode esperar ter vontade quem está com a vontade doente.

Segundo, um texto de Fernando Pessoa, um texto significativo, no qual ele diz:

“Final, a melhor maneira de viajar é sentir.

Sentir tudo de todas as maneiras.

Sentir tudo excessivamente,

*Porque todas as coisas são, em verdade,
excessivas*



*E toda a realidade é um excesso, chega a ser uma
violência,*

*Mais parece uma alucinação extraordinariamente
nítida*

*Que vivemos todos em comum com a fúria nas
almas, que são as psiques humanas no seu acordo de
sentidos*

*O centro para onde tendem todas as estranhas
forças centrífugas.”*

Ele termina:

*“Quanto mais eu sinta, quanto mais eu sinta como
várias pessoas,*

*Quanto mais eu sinta como várias pessoas ao
mesmo tempo*

Mais análogo serei a Deus, seja ele quem for,

*Porque, seja ele quem for, com certeza que é
Tudo,*

E fora d’Ele há só Ele, e Tudo para Ele é pouco.”

Então, quero deixar aqui os meus votos, o meu desejo profundo de que consigamos evoluir nessa questão. Como membro do Governo — estou sentado aqui em cima de 3 metros de rabo, porque são 28 anos de Conselho em Minas, são 25 anos de participação em âmbito de CONAD, antes de CONFEN, etc. — digo que precisamos ser mais firmes em nossas decisões, não mais radicais, não mais punitivos, precisamos ser mais firmes para proteger a sociedade.

Crianças, idosos e doentes precisam de proteção social. Isso não é uma escolha, é uma obrigação nossa como autoridades públicas.

Muito obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Muito obrigado, Dr. Aloísio.

Deputado Carimbão com a palavra.

Devo informar que começou a Ordem do Dia. Como não há um tema por deliberar, nós vamos levando até onde for possível. Há vários Deputados inscritos.



Depois do Deputado Carimbão, falará o Delegado Protógenes, fazendo suas ponderações ou perguntas diretas a quem bem entenda.

Deputado Carimbão, por favor.

O SR. DEPUTADO GIVALDO CARIMBÃO - Companheiro Otavio, Presidente da Comissão, companheiro Osmar Terra, companheiros Deputados e Deputadas, convidados, senhoras e senhores, o tempo — pode ser 10 anos, 100 anos, mil anos, matusalém, 1 mês — é subjetivo. Estamos há dois anos e meio discutindo esta matéria. É suficiente? Depende do pensamento de cada um.

Esta Comissão, que estuda sobre drogas, parte exatamente do sentimento das ruas de que nós, Parlamentares, acadêmicos, enfim, sociedade civil, vemos na comunidade um pedido de socorro para o problema. A Comissão foi criada, e nós visitamos 20 países. Que bom quando vem alguém aqui falar sobre Suécia e Portugal.

Companheiro da psiquiatria, nós fomos a Portugal — está aqui a companheira Rosane que foi conosco, enfim, deve haver outros companheiros —, onde era para ficar 2 dias e fiquei 5.

O Senador Wellington Dias e eu adiamos a viagem, ficamos em Portugal por achar que era importante conhecer um pouco mais. Na Suécia, por exemplo, nós passamos 2 dias conhecendo a fundo o que foi, o que é e o que será. Vinte países: Suécia, Holanda, Inglaterra, Alemanha, Portugal, França, Itália, eu tive oportunidade de ir a Marrocos, Afeganistão, fomos à Bolívia, à Colômbia, ao Peru... Não é fácil fazer uma média do todo. Isso é um processo.

No Brasil nós fomos a 27 Estados, audiência pública com todos os setores. Ao Estado de São Paulo eu fui três vezes. O Pastor Eurico, Deputado Federal, foi a 22 Estados conosco. Audiência, Presidente, com todos os setores do Brasil nessa área. Aqui nesta Casa foram 68 audiências públicas com todos os setores que se possa imaginar.

Mas se nós aqui ficarmos, vão dizer que vai precisar de mais discussão. Vai terminar o nosso mandato de Deputado de 4 anos e, se brincar, não vamos aprovar essa lei. Será que não foram suficientes, não foram necessárias 68 audiências públicas aqui? Vinte e sete Estados visitados, debates com todos os setores? Vinte



países visitados? É verdade. Chega-se ao plenário e há 500 Deputados. Talvez nem 400 deles tenham vivido o que nós da Comissão vivemos.

Viva Rio, por exemplo. Sobre cada movimento novo, no qual não houve participação direta, dizem: *“Tem que ser mais discutido”*. É lógico, normal. Todo mundo quer discutir. Mas tem de chegar o momento em que nós temos de decidir. Nós temos esse problema do *crack* no Brasil há 20 anos, efetivamente. Fernando Henrique Cardoso passou 8 anos como Presidente, Lula passou mais 8 (somam-se 16 anos), Dilma está com 2 anos (somam-se 18 anos) e não há uma proposta concreta para solucionar o problema.

Sou da base do Governo e sinto que a Dilma quer resolver o problema. Mas até então não há uma resposta concreta para a sociedade. As mães estão vendo os filhos acorrentados e não têm para onde levá-los. É para a Polícia? É para o SAMU? Para onde é, pelo amor de Deus? As pessoas estão nas ruas e, de repente, querem um tratamento, um acolhimento etc. e não há serviço.

A lei vai resolver o problema como um todo? Não. Mas eu respeito a democracia para isso. Nós temos que ouvir todos. E eu, como Relator, tenho que usar o dom de ter dois ouvidos e uma boca, para escutar mais e falar menos. Eu tenho que ser a média do todo.

A OAB diz: *“Eu sou contra”*. Por exemplo, um dos pontos que eu relatei e foi aprovado pela Comissão: o traficante, de repente, tem 10 milhões de reais de patrimônio, é preso com 100 quilos de *crack*, de maconha, etc. — 10 milhões de patrimônio! Ao ser preso, pede ao juiz para liberar 1 ou 2 milhões de reais para contratar um advogado. Aí, na lei, nós dizemos (não sou eu, mas sim nós, porque aprovamos na Comissão): *“Só pode o juiz liberar se ele tiver esse dinheiro declarado no Imposto de Renda anterior”*. Porque, se no Imposto de Renda anterior ele só declarou mil reais, mas tem 10 milhões apreendidos, ele não pode pedir 2 milhões para contratar um advogado, porque esse é um dinheiro sujo. Aí a OAB diz: *“Não, tem que ter o direito de liberar os 2 milhões para contratar advogado”*. É normal, é legítimo a OAB dizer isso.

Aí a Segurança Pública tem razão e diz: *“O Brasil, em 1970, tinha 90 milhões de habitantes e 30 mil presos. Hoje, 42 anos depois, há 190 milhões de habitantes — cresceu a população em 111% —, e os 30 mil presos, que, então, deveria ser 60*



mil, foi para 550 mil. Há 110 mil presos por tráfico. Se aumentar a pena, é que vai quebrar tudo mesmo". "É compreensível", dizia a Justiça sobre isso.

É justo um cara ser pego com 10, 15 quilos de crack, de maconha — ou como hoje se pegou um, aqui em Brasília, com 40 quilos de maconha —, e simplesmente pegar 2 ou 3 anos de cadeia? Aí alguém diz: "Mas a pena de quem está com crack e ainda não matou ninguém é maior do que a de alguém que matou?" Será que 10 quilos de crack não matam muito mais pessoas do que um tiro em alguém? Pelo amor de Deus! É questão de concepção, e nós desta Casa vamos ter que decidir.

Eu vejo, companheiro e professor, Dr. Laranjeira, que, nesta Comissão, há pastor, padre, psiquiatra, psicólogo, três ex-Secretários de Saúde — do Rio Grande do Sul, do Mato Grosso e do Espírito Santo —, um Deputado médico, o Cesar Colnago. Nós temos aqui a ciência, a fé, a psicologia, enfim, o sentimento da sociedade como um todo. Não é fácil.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Há também policiais.

O SR. DEPUTADO GIVALDO CARIMBÃO - Policiais, delegados, juízes. Nós temos aqui a média do sentimento de todos. Eu sou o Relator, mas tive que passar pelo crivo de 51 Deputados na votação. Não pensem que eu coloco no relatório o que quero, porque cada um tem as suas opiniões, o que é natural e legítimo. Eu seria um gênio se conseguisse juntar tudo e fazer aprovar por unanimidade. Não passa, não. É normal.

Agora, Deputado Otavio Leite, esse cidadão, companheiro e Deputado Federal, foi candidato a Prefeito do Rio de Janeiro. Ele me pediu, por várias vezes, que apresentasse propostas sobre as drogas no Brasil. Que bom que há Deputados preocupados com essa questão! Olhe, Deputado Otavio, eu estou aqui há 16 anos como Deputado, por quatro mandatos, e nunca vi uma Legislatura tão comprometida com essa causa como a atual. Sabe por que, Otavio? Talvez porque alguém não sentiu pelo amor, mas sentiu pela dor. Eu vi aqui filho de Governador entrando nas drogas; eu vi filhos de Senadores — não de Senador, mas de Senadores — entrarem nas drogas; eu vi filhos de Deputados entrarem nas drogas; eu vi filhos de servidores grandes, desembargador, juiz, promotor... É verdade que tem muito mais pobre e preto? É. Mas não podemos desconhecer que hoje a droga está nos palácios, nas favelas. Não podemos desconhecer isso.



É verdade que há movimentos. Por exemplo, chega aqui um representante da Justiça e diz: *“Eu discordo, mas tenho uma proposta concreta. Está aqui”*. Que bom! Eu acho ruim quando alguém diz: *“Eu sou contra”* — mas não tem uma proposta. *“Eu sou contra”* — e acabou. Acho que não contribui. Na democracia, eu acho que o importante é saber conviver com os contrários.

Eu tenho sete mandados. Depois de 28 anos de mandatos, será que eu não tenho capacidade? Mas procurei estudar. Há setor, por exemplo, que é radicalmente contra. E isso é legítimo.

Sobre as comunidades terapêuticas, por exemplo, está aqui o ano de 2010. Eu fiz um levantamento. Sobre o Conselho Federal de Psicologia, está aqui este documento que tem os anos de 2010, 2011, 2012, 2013. Eu lhe dou aqui cem matérias do Conselho contra comunidades terapêuticas. É legítimo ele ser contra as comunidades terapêuticas. Está aqui, é um dossiê que eu fiz em 4 anos, em que eu levantei mais de cem matérias do Conselho.

Eu tenho que entender. É importante ter o serviço de saúde? É. É importante ter hospital? É, para desintoxicar. É importante ter CAPES no sistema? É. É importante ter casa de acolhimento? É. É importante ter comunidade terapêutica? É. A comunidade terapêutica agora foi classificada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas — SENAD...

O SR. DEPUTADO PASTOR EURICO - Sr. Presidente, uma questão de ordem.

O SR. DEPUTADO GIVALDO CARIMBÃO - Só 1 minutinho.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Deputado, S.Exa. está concluindo.

O SR. DEPUTADO PASTOR EURICO - Mas uma questão de ordem, Sr. Presidente. É prioritário. Eu acho que o assunto é muito sério.

Respeitamos os cartazes, mas esse tipo de cartaz é uma agressão ao Parlamento. Por favor, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Está registrado.

O SR. DEPUTADO GIVALDO CARIMBÃO - Faz parte, faz parte.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Mas deixe as pessoas que estão aqui livres para se pronunciarem da maneira como bem entendem. É livre.



Está registrado.

O SR. DEPUTADO GIVALDO CARIMBÃO - Temos que saber conviver com essas coisas. Isso é normal e legítimo. Nós Deputados é que não podemos ser submissos e dizer: *“Não voto a matéria”*. Decida por um lado ou por outro, mas tem que decidir.

Está aqui o Deputado Otavio Leite. Eu estava na tribuna, como Relator, e foi aprovado quase que por unanimidade dos que votaram, por 374 contra 6. Era para ser votado em regime de urgência, e democraticamente eu disse: *“Eu, como Relator, dou 3 semanas, dou 1 mês. Quem tiver sugestão, me dê, para eu tentar ver se acato aqui”*. O Otavio Leite chegou e disse: *“Vamos convocar uma audiência pública?”* *“Vamos. Quer duas, três, quatro? Estou às ordens”*. Mas isso não quer dizer que vamos acatar tudo, não quer dizer que, de repente, nós nos convencemos. Mas que bom que eu não sou sectário. Eu escuto todos e não tenho paixão nem por um lado nem por outro. Eu tenho paixão, como Deputado Federal, de representar muito bem, no meu mandato, o sentimento da média da sociedade.

Deputado Otavio, eu estou aqui buscando sugestões da sociedade e dos Parlamentares. Estou aberto, há 1 mês, a sugestões para tentar incluí-las no relatório. Por exemplo, no Congresso Nacional, o Deputado Paulo Teixeira é um dos legítimos representantes da liberação da maconha. É normal que ele defenda isso, como é normal que alguém não defenda. Agora, vai ficar um defendendo e outro não defendendo, e nós não vamos decidir?

Por exemplo, internação involuntária. Eu entendo — aí a Comissão entendeu — que não deve mais haver internação compulsória. Se o dependente químico está com transtorno de saúde, isso não é questão de Justiça, é questão médica. Se não houver médico para avaliar, que entre a Justiça. Mas o juiz não pode dizer: *“Vá se tratar”*. Não, o médico é que tem de dizê-lo. Aí, eu digo, é involuntário ou é voluntário? Os Deputados é que vão decidir.

Alguém pode dizer assim: *“Atenção, por favor, por gentileza. Mas, Deputado, já não está na lei que há internação involuntária e compulsória? Por que o senhor colocou mais uma vez na lei?”* Ah, aqui me parece que é o “x” da questão. Onde está hoje a internação involuntária e compulsória? Está na Lei de Saúde Mental. Parece-me que os casos de *crack* e cocaína não cabem estar na Lei de Saúde



Mental, têm que estar na Lei de Drogas. Não é possível, numa matéria altamente transversal, colocar tudo na questão da saúde mental. Também é? É. É necessário entrar a saúde mental? É, mas ela não pode ser o ponto fundamental desse processo.

Eu presidi a Comissão de Defesa do Consumidor. Pelo amor de Deus! Na época era Meio Ambiente e Consumidor. “*Vamos tirar daqui e separar as duas.*” Cresceu tanto a questão do Direito do Consumo que nós conseguimos ampliar a Comissão. Não havia Estatuto do Consumidor, e nós tiramos da lei ordinária e passamos para o estatuto.

Eu estou tirando da Lei de Saúde Mental, porque esse setor... Mas é legítimo, é normal. Ele tem que lutar (*ininteligível*). Eu que não acredito. Hoje, em Alagoas — ouviu, Secretária? —, foram para lá vários técnicos, profissionais, Deputados, viramos uma casa de acolhimento, porta de entrada. Aqui eu tenho psiquiatra, psicólogo, assistente social, psicoterapeuta, tenho todos os profissionais, aqui é a peneira. Quem tem transtorno mental grave vai para um hospital psiquiátrico. Quem pode vai para um CAPES.

O pessoal que está no CAPES é mandado para cá também. (*Ininteligível*) local. Eu coloquei na minha emenda parlamentar construir CAPES e comunidade acolhedora do Governo.

Nós temos hoje, a esta hora, às 17h20min, 1.500 dependentes químicos acolhidos e pagos pelo Estado, dos quais mil estão nas comunidades acolhedoras voluntariamente e 300 involuntariamente, mandados por juízes. Foram 3 mil mandados pelo promotor e pelo defensor. Dos 3 mil só para 300 foi necessário fazer de forma involuntária, o resto foi tudo voluntário. Está batendo pelo Brasil.

Então, quero dizer, Presidente, companheiros Deputados, imprensa presente e senhores, aqui eu estou para ouvir todos, mas estamos para fazer exatamente uma definição. Eu, como Relator, apresentei aqui 25 avulsos fantásticos nessa lei. Pelo que eu vi aqui três ou quatro coisas pegaram.

O art. 16 é uma falácia. E aí permita-me, Presidente: a mentira repetida cem vezes torna-se verdade. Eu desafio dizer que aqui dentro há alguma coisa que vai cadastrar dependente químico. Isso é uma covardia! Isso é uma falta de respeito



com o Relator, com a Câmara! Em momento algum! Eu desafio. E se tiver já está tirado.

Agora, o dependente químico vai para uma instituição — eu conheço — e tem que ter um PIA — Plano Individual de Atendimento. Eu sou Deputado e tenho aqui uma pasta com 500 — eu tenho quatro mandatos — e com toda a minha vida médica. Se um dependente químico, um usuário, vai para o SUS ou vai para uma acolhedora, ele tem que ter, naturalmente, não uma ficha de cadastro de usuário de drogas, mas uma ficha de paciente. É diferente o processo. Mas ficam querendo botar na goela dos outros. Eu não aceito esse tipo de comportamento irresponsável.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Deputado Carimbão, o Presidente já concedeu a V.Exa. 3 minutos.

O SR. DEPUTADO GIVALDO CARIMBÃO - Presidente, eu quero agradecer a V.Exa. e me colocar, como Relator, à disposição.

Reafirmo: acolho e estou muito convencido da internação involuntária, estou convencido absolutamente de que as comunidades terapêuticas devem existir no sistema, não pela rede pública de saúde, mas como acolhimento, como um dos instrumentos da política sobre drogas no Brasil.

Obrigado, Presidente. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Muito obrigado, Deputado Carimbão.

Eu recebi mais um comunicado do plenário. Somos a única Comissão ainda em andamento. São 357 Deputados presentes. Há aqui 11 Deputados que pediram a palavra.

Aqui é uma reunião coletiva. Peço aos Deputados que sejam breves, que cada um use apenas 1 minuto.

Deputados Delegado Protógenes, Domingos Sávio (não está), Pastor Eurico, Marcos Montes (não está), Rosane (está presente), Major Fábio, Padre João (está presente também), Isaias Silvestre, Antonio Imbassahy (havia se inscrito) e Deputada Erika Kokay.

Um minuto para cada um, 1 minuto para o autor e 1 minuto para o Relator.

São três horas e meia de debate. Gostaria que houvesse objetividade.

Com a palavra o Deputado Delegado Protógenes.



O SR. DEPUTADO DELEGADO PROTÓGENES - Presidente, apesar de ser subscritor do seu requerimento, vou ser obediente a 1 minuto.

Eu quero parabenizar o Deputado Osmar Terra pela experiência no trabalho, nós tivemos a oportunidade de estar juntos na mesma Comissão, o Deputado Givaldo Carimbão pela notável experiência nacional, e dizer que eu estava na Comissão e não fiz as viagens porque eu já conhecia alguns sistemas. Então, era dispensável a minha presença fora do País. Como Delegado de Polícia Federal, conheci profundamente os sistemas.

Curiosamente, logo que assumi o mandato, entrei com uma Proposta de Fiscalização e Controle de combate ao *crack*, dia 2, parece-me, logo na primeira reunião da nossa Comissão de Segurança Pública. E aqui foi aprovado.

Coincidentemente, a Presidenta Dilma veio com uma carta ao Congresso. A primeira Presidenta da República, em toda a história do País, colocou como prioridade do Governo dela dois itens: combate à corrupção e combate ao *crack*. Nenhum Presidente da República historicamente fez isso. E a Presidenta, em dezembro de 2011, editou uma portaria lançando o Plano Nacional de Combate ao Crack, que está aqui neste documento e no sistema de comunicação, acessível via Internet.

Só que eu venho acompanhando diuturnamente, como Relator da mini CPI de combate ao *crack*, todo o processo do Plano Nacional de Combate ao Crack, o projeto elaborado pelo Deputado Osmar Terra, cujo Relator é o nosso Deputado Givaldo Carimbão... Acompanhando todo esse processo, eu vejo, Deputado Osmar Terra, colegas Deputados e Deputadas, uma luz no fim do túnel. Esse projeto tem que ser aprovado com urgência, imediatamente.

Não vou falar de experiências aqui. Vou falar do que eu conheço, da contribuição que cada um de nós estamos dando aqui. Posso afirmar: comunidade terapêutica é onde eu tenho encontrado, em mais de 2 anos de trabalho como Relator da CPI de Combate ao Crack, o resultado concreto, exceto as comunidades do Givaldo Carimbão e do Frei Hans, em São Paulo. Essas comunidades, todas elas, de maneira geral, têm um resultado concreto. Por que não apoiarmos?

Hoje antecedia com a Ministra Maria do Rosário. Pedi à Ministra para sua Pasta entrar no Programa Nacional de Combate ao Crack, que é um plano



multidisciplinar, no qual não estão os direitos humanos de forma direta. Eu falei: “*Ministra, entre diretamente, mas entre com um pedido à Presidente Dilma*”.

Tem que desburocratizar esse plano. Não pode o Plano Nacional ficar restrito a Municípios de 100 mil habitantes ou de 200 mil habitantes. Os Municípios com menos de 100 mil habitantes estão no flagelo social, e não temos solução. Tem que flexibilizar. Não tem que ter contrapartida do Estado. Por quê? Quando o Governo do Estado não se cruza com o Governo Federal, o Governo do Estado não faz sua contrapartida e o Prefeito fica de pires na mão, sem ingressar no Plano Nacional de Combate ao Crack.

Então, Sr. Presidente, é isso. A internação involuntária é uma saída, é uma proposta única. Vamos caminhar. Inclusive, está na pauta de hoje para votar. Vamos votar sim, decidindo se vão aprovar ou não.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Deputado Protógenes, muito obrigado.

Com a palavra o Sr. Deputado Pastor Eurico. Peço brevidade a V.Exa. Depois, Deputada Rosane.

O SR. DEPUTADO PASTOR EURICO - Sr. Presidente, eu gostaria de agradecer a oportunidade, aproveitar para parabenizar por mais esta audiência pública, entre tantas que aconteceram por este Brasil, e lamentar que, depois de tantos estudos feitos, parece que não foi feito nada. Vai-se querer começar tudo de novo.

Acho que precisamos correr. Vidas estão sendo ceifadas.

Aproveito para parabenizar os Deputados Osmar Terra e Carimbão. Quero também registrar aqui o grande trabalho feito nesta Comissão pelo Dr. Sérgio, que foi o assessor legislativo. (*Palmas.*) Nós temos que agradecer ao Dr. Sérgio também pelo trabalho importante por este Brasil afora. (*Palmas.*)

Quero dizer que algumas coisas que acontecem aqui deixam a desejar. Tratou-se aqui de laicidade do Estado quando se falou de tratamento terapêutico. Não tem nada a ver uma coisa com a outra. Acho que o pessoal precisa saber mais o que é Estado laico.

Vidas estão sendo ceifadas e precisam ser cuidadas. Por outro lado, esta Comissão pensou na prevenção, pensou na recuperação, pensou na reinserção



social e pensou na repressão. Tudo está bem separado para o bem da sociedade como um todo no Brasil.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Muito obrigado, Deputado Pastor Eurico.

Deputada Rosane Ferreira. Em seguida, Deputada Mara Gabrielli.

A SRA. DEPUTADA ROSANE FERREIRA - Primeiramente eu quero parabenizar de público o grande trabalho feito pela nossa Secretária de Justiça no Estado do Paraná, Maria Tereza. Você nos orgulha muito, pode ter certeza. E a gente acompanha *pari passu* a tua agonia. (*Palmas.*)

Eu moro na cidade de Araucária, na Região Metropolitana de Curitiba. Nesse final de semana, passaram pelo Instituto Médico Legal da cidade de Curitiba 47 corpos vítimas de violência. Entre eles estavam os corpos das vítimas de uma chacina que aconteceu na minha cidade. Quatro pessoas, de 17 a 34 anos — a caminho do trabalho, diga-se de passagem —, foram assassinadas porque entre elas estava uma pessoa envolvida com o tráfico de drogas. Morreram mais três inocentes, às 6 horas da manhã, com destino ao trabalho.

Outro caso ocorrido no final da Semana Santa, de Quinta-Feira Santa ao domingo de Páscoa: uma menina de 26 anos matou a mãe, na cidade de Piraquara, ao lado de Curitiba — foi um dos corpos que passou pelo Instituto Médico Legal —, a marteladas para pegar o cartão e sacar 600 reais para consumir *crack*. Essa menina, até sexta-feira, era uma dependente. A partir do domingo de Páscoa, ela é uma criminosa. Ela matou a mãe. Essa menina se tivesse sido internada, involuntariamente ou não, se o Estado tivesse sido presente, ela poderia ser tratada como uma dependente. Hoje ela vai estar engrossando nosso falido sistema penitenciário carcerário brasileiro.

Então, alguma coisa tem que ser feita e já, Erika. Não dá tempo. Eu não estou falando de casos ocorridos durante o ano todo para ilustrar a audiência pública, não. Eu estou falando do que aconteceu nesse final de semana na cidade de Curitiba. É essa a realidade. Contra isso não dá só para fazer ideologia ou filosofia. É contra isso que nós temos que agir, e agir já. A nossa luta é essa.



Tenha em mim uma aliada para suas lutas. Concordo com as suas colocações com relação à penalização. Um estudo mostra que no Paraná um presidiário custa 1.800 reais; um professor, 1.400. É contra tudo isso que nós temos que agir.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Obrigado, Deputada Rosane.

Deputado Major Fábio, por favor. Em seguida, Deputado Padre João.

O SR. DEPUTADO MAJOR FÁBIO - Eu quero aproveitar a oportunidade, Presidente, para registrar também que na Grande João Pessoa, nessa Semana Santa, foram mais de 28 jovens que morreram. Eu poderia aqui, para ficar mais trágico, dizer que foi um coletivo, um micro-ônibus que capotou e eles morreram. Mas não foi um micro-ônibus, não. Foram 28 jovens, praticamente todos com envolvimento com drogas, que morreram.

Nós estamos aqui. Se pegássemos uma vassoura, um rodo e umas flanelas para enxugar essa sala aqui, se fosse uma “pingueirazinha”, a gente enxugava com facilidade, mas neste momento nós temos um hidrante muito grande aberto no Brasil. Nossas fronteiras estão abertas. Discute-se as comunidades terapêuticas. Pois bem, o drogado quer ficar curado. Depois que ele for curado, se perguntarmos: “*Você foi curado?*”, ele não quer saber quem o curou, não. Ele vai dizer: “*Eu fui curado. Eu só sei isso, que eu fui curado*”. Ele quer ser curado.

Então, não adianta discutir, porque há um hidrante aberto. Enquanto nós não fecharmos o hidrante... A Presidenta está se esforçando? Acredito que esteja. É a Presidenta da República. Mas o efetivo da Polícia Federal diminuiu; o efetivo da Polícia Rodoviária, em vez de ter aumentado, diminuiu; as nossas polícias estão diminuindo; soldado ganha pouco; professor ganha pouco; a ausência do Estado continua. E estamos discutindo aqui o que fazer.

Tem muita gente com cara de delegado, com todo o respeito que eu tenho ao Dr. Protógenes, mas dizem que cara de delegado é meio séria. Tem muita gente com cara séria, mas às vezes, quando tem um problemzinho de droga na família... É como um dedo doente: o cabra está bem de saúde, está fazendo o que quer, extrapolando a saúde, mas quando um dedinho dele adoce, ele vai ao médico,



quer que o médico dê a maior dosagem de antibiótico, trate da melhor forma possível porque ele se sente preocupado.

Então, amigos, ou a gente se desarma, porque estamos vivendo uma guerra no nosso País. Não só em Curitiba, mas em João Pessoa, em Patos, em Cajazeiras. Praticamente 90% dos Municípios do Brasil têm droga. E a garota ali colocava: *"Interna os Parlamentares"*. Temos que internar muita gente. *"Interna os corruptos"*. A gente tem que internar muita gente neste Brasil.

Inclusive, antes de ser Deputado, fui criança lá em Abreu e Lima, Pernambuco. Sobrevivi. Era muita gente drogada na minha cidade. Era muita gente drogada. E eu era incompetente como cidadão, fui incompetente como policial, sou muitas vezes incompetente como cidadão lá no bairro. E tem muita gente também aqui incompetente, mas às vezes a gente aponta muito para os outros...

Talvez a nossa cidadã aqui, quem sabe, futuramente vai ser uma Deputada, vai poder estar fazendo, vai poder estar trabalhando. Espero que você esteja aqui para fazer, porque nós precisamos de homens e mulheres que realmente tenham compromisso. Mas quero dizer a você que neste País tem muita gente incompetente. A partir de mim, que me sinto incompetente, porque estou vendo isso tudo e não consigo fazer muita coisa.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Muito obrigado, Deputado Major Fábio. (*Palmas.*)

Com a palavra a Deputada Mara Gabrilli. Depois, Deputado Padre João.

A SRA. DEPUTADA MARA GABRILLI - Primeiro, queria parabenizar o Deputado Otavio Leite pela condução dos trabalhos e dizer, Deputado Osmar Terra, que eu agradeço muito por poder participar disso neste momento.

Nesse fim de semana, tive a oportunidade de ler o livro do Deputado Carimbão. Por mais que a gente ache que conhece um pouco do tema, cada vez mais eu percebo o quanto eu desconheço a dimensão desse tema no nosso País. Por isso, a única coisa que eu digo é que é um tema que exige celeridade. Acho que muito já foi discutido. E, puxa vida, vamos votar! Acho que já se exauriu a discussão. (*Palmas.*)



O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Muito bem. Obrigado, Deputada Mara.

Deputado Padre João com a palavra. Em seguida, Deputado Antonio Imbassahy.

O SR. DEPUTADO PADRE JOÃO - Presidente, uma manifestação, embora eu não tenha podido acompanhar todo o processo.

Primeiro, ainda há essa ineficiência do Estado no sentido de trabalhar o tema. Assim também aconteceu com todas as políticas. Se pegarmos a formatação de toda a política da educação, com todos os programas, com todas as ações, vamos ver quantos anos, quantas conferências foram necessárias para se chegar a isso. E nós não temos ainda a educação que queremos e a educação de que o povo precisa. E está aí a saúde, a assistência social, no geral.

Outra coisa são as ações do Estado. De fato, é um papel do Estado. O Estado brasileiro tem que resolver. Mas isso não leva a um conflito com entidades que vêm como que remendando a deficiência do Estado. Eu sempre vi assim. Não é o papel da entidade. Mas nós vamos valorizar a entidade que se dispõe a desenvolver esse serviço? Por que não ser valorizada e financiada inclusive, com critérios?

Assim aconteceu com a educação. A educação eram entidades. A saúde eram as Santas Casas que faziam. Há 100 anos o Estado não atuava. Então, é um problema mais novo que se agravou. Como reconhecer as entidades de boa vontade e como distinguir uma da outra? Ter critérios bem objetivos. Portanto, aí perduram algumas preocupações em relação a isso. Vai ter um sistema paralelo de financiamento? Se se trata de saúde, então não tem já o SUS, ou o Sistema Único de Assistência Social — SUAS? Então, dentro do sistema já existem os profissionais. Eles estão aí. Por que criar algo paralelo? Nesse sentido, então, valorizar.

Outra questão preocupante que perdura ainda é o endurecimento penal. É um pouco preocupante ainda. E há também a questão de quando centraliza muito as internações. Dentro da prevenção, acho que há outras ações que precisam ser o foco, o centro mesmo, e não tanto as internações, que são a espinha dorsal.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Muito obrigado, Deputado Padre João.

Deputado Antonio Imbassahy com a palavra. Em seguida, Deputada Erika Kokay.

O SR. DEPUTADO ANTONIO IMBASSAHY - Sr. Presidente, primeiro quero cumprimentar todos os palestrantes desta audiência pública enriquecedora. Há debates com muitas contradições, argumentos os mais diversos possíveis, mas concordo que isso tem que ser decidido. Não pode ficar a vida toda sem uma decisão.

Quero fazer aqui um registro, porque vi o Deputado Protógenes falar em interesse e vontade desse Governo em resolver essa questão. Lembro, Sr. Presidente, que, em maio de 2010, o ex-Presidente Lula lançava um programa de combate às drogas e anunciava a aplicação de 400 milhões de reais naquela oportunidade. V.Exa. sabe quanto é que foi aplicado? Zero.

Em dezembro de 2011, a atual Presidente Dilma lançou o mesmo programa, com outro nome. Apresentava o nome Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas. Naquela oportunidade, naquela solenidade, falava-se em 4 bilhões de reais. Em seguida, no Orçamento, não foram colocados 4 bilhões de reais. Foram colocados 95 milhões de reais. Sabe quanto foi aplicado desses 95 milhões de reais, Sr. Presidente? Zero. É importante que a gente diga isso, porque nós temos que fazer aqui o nosso papel, até para mover o Executivo, não é apenas o Congresso, é toda a sociedade.

Nós estamos perguntando ao Governo: quantos consultórios de rua, que têm o objetivo de busca ativa de dependentes químicos, foram implantados durante esse período? Sinceramente, eu não sei. Nós estamos perguntando ao Governo: quantas câmeras de videomonitoramento fixo foram instaladas? Sinceramente, eu não sei. Também desconhecemos quantas bases móveis com videomonitoramento foram implantadas até a presente data nesse programa. Nós estamos perguntando ao Governo: quantos profissionais de segurança pública foram capacitados até o momento? Nós não sabemos. Não sabemos, também, quantos centros regionais de referência para a formação de profissionais foram instalados e em quais cidades.



Então, o que eu quero dizer, cumprimentando o Deputado Osmar Terra e o Relator Carimbão, é que está na hora de levar esse assunto para o plenário. Nós precisamos votar, até para mover o Executivo e mover também a sociedade brasileira.

Muito obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Muito obrigado, Deputado Antonio Imbassahy. Foi um lapso. A palavra era do Deputado Isaias Silvestre. A Deputada Erika Kokay conclui.

Com a palavra, portanto, o Deputado Isaias Silvestre.

O SR. DEPUTADO ISAIAS SILVESTRE - Sr. Presidente, Sras. e Srs. Deputados, quero parabenizar o nosso Deputado Osmar Terra, o nosso Relator, Deputado Givaldo Carimbão, e também os palestrantes que estiveram aqui conosco, trazendo mais uma contribuição para a discussão dessa matéria, que eu acredito já passou da hora de ser votada. Nós não podemos mais postergar essa votação.

Quantos circos o Governo está montando no Brasil para a Copa do Mundo, gastando uma fábula? Vão ficar inoperantes. Vai haver elefantes brancos pelo Brasil afora. E a saúde e a educação estão em quarto, quinto plano. Isso é uma vergonha para um Brasil que quer ser um País sério. Qual o exemplo que nós vamos dar para o mundo, qual a contribuição que nós vamos dar para o mundo? Não vamos falar para nós, mas para as famílias que estão sendo dilaceradas. Espero que não haja mais audiência pública para se tratar desse assunto, que já está exaurido, já está pronto para ser votado.

Então, eu quero parabenizar aqui o pastor Wellington e o nosso Secretário Cloves Benevides, que são incansáveis em Minas Gerais, com essa bandeira, com esse assunto, que é um flagelo para as famílias.

Quero dizer a todos que nós somos uma categoria, uma classe, que o Brasil está esperando por nós. Nós é que temos que fazer isso. Nós temos que votar. Nós não podemos mais deixar essa discussão para o próximo ano, o ano da Copa, que espero que não seja o ano da vergonha para o Brasil. Espero que possamos dar contribuições que vão trazer para as famílias um alento, no que se refere a essa mortalidade que acontece no Brasil, todo fim de semana.



Então, eu quero parabenizar esta Comissão, as comunidades que vieram, os palestrantes, mas o que nós precisamos agora é ir para o plenário para votar. (Palmas.)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Muito obrigado.

Com a palavra a Deputada Erika Kokay.

A SRA. DEPUTADA ERIKA KOKAY - Sr. Presidente, eu vou tomar como meus alguns argumentos que aqui foram desenvolvidos. É inegável que nós temos uma situação de violência intensa. Eu não vou repetir isso, mas aqui já foi constatado por vários Deputados o nível de violência que se tem na nossa sociedade.

Isso acontece não obstante nós termos promovido o recrudescimento das punições, porque o Brasil tem trabalhado na perspectiva de recrudescimento e de aumento das penalidades para o tráfico, de forma absolutamente nítida. Nós temos hoje o prazo mínimo de 5 anos para qualquer situação de tráfico, em um País onde não está claro o que diferencia o traficante do usuário. Isso não está claro, não está claro.

Existem países no mundo onde se tem uma noção exata do que é um traficante e do que caracteriza o usuário. Nós não temos essa clareza no Brasil. E mesmo assim nós estamos, com esse projeto, aumentando a punição, no terceiro maior sistema carcerário do mundo, em que quase 27% dos que estão encarcerados estão por tráfico ou estão por relação com a droga, e apenas 0,1% por corrupção. Mesmo assim, não obstante todo o recrudescimento dos crimes hediondos, de tudo isso que já aconteceu na nossa legislação, estamos aqui com um projeto que vai repetir o mesmo, que não tem resolvido o problema. Tanto que temos várias demonstrações e relatos aqui de uma violência crescente.

Não podemos repetir uma dose que não tem sido eficaz para o enfrentamento da violência e da drogadição, assunto desta etapa, deste momento de inexistência de políticas que possam fazer com que as pessoas se sintam pessoas. Além disso, temos exemplos da luta contra o tabagismo: 35% da população adulta fumante, em 1989, e hoje, por volta de 15%. Exemplo que deu certo e que não passa pelo aumento da penalização.



Esse projeto, que cria um novo sistema, ignorando o SUAS, ignorando inclusive o SUS, porque cria um novo sistema de financiamento, possibilita no seu bojo um retrocesso no que foi construído na reforma psiquiátrica, porque internação voluntária, internação involuntária, internação compulsória já estão previstas na nossa legislação, mas dentro de uma lei que garante direitos, não de uma lei — perdoe-me Deputado Osmar Terra — que possibilita a internação involuntária de usuários que não são dependentes, porque se caracterizam usuários e dependentes. Então, possibilita, inclusive, a internação involuntária de usuários.

Portanto, eu me pergunto, e acho que temos que fazer uma reflexão. Precisamos dar respostas, sem dúvida, mas não vamos dar respostas que não resolvam e não enfrentem o problema.

Precisamos trabalhar numa lógica de prevenção, com feixe de políticas públicas de forma intensa, e trabalhamos para preservar os progressos. Isso significa estar estimulando serviços substitutivos, por exemplo, e não apenas criando novas linhas de internação, porque este País já aboliu o manicômio, e não vamos permitir que ele retorne sob qualquer tipo de argumento; não vamos permitir o retrocesso da penalização e, ao mesmo tempo, da internação numa sociedade onde as pessoas que querem se internar não encontram vaga. (*Palmas.*)

Portanto, se querem se internar, e não encontram vagas, passo a supor que essa internação, como está proposta, é limpeza social, higienista, para mudar a estética urbana, é a sociedade não querendo ver os frutos do seu próprio desequilíbrio, os frutos da sua submissão e subalternização à lógica do mercado e da coisificação. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Obrigada, Deputada Erika Kokay.

Com a palavra a Deputada Keiko Ota.

A SRA. DEPUTADA KEIKO OTA - Sr. Presidente, Deputado Otavio Leite, quero parabenizar a Comissão, V.Exa., o Relator, Deputado Givaldo Carimbão, e também fazer uma ressalva. Já estive trabalhando com a Maria Tereza nessa questão do sistema carcerário, e temos que dar uma solução para amenizar a situação. Realmente, precisamos dizer à sociedade que estamos preocupados com tudo isso. Quantas mães estão aí com seus filhos precisando de uma internação.



Sei que todos aqui estão preocupados, não aguentamos mais essa violência que está assolando a família brasileira. Todas as vítimas de violência também percebem que existe o envolvimento com as drogas, e precisamos dar uma resposta.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Eu encerro passando a palavra a quem iniciou, o autor da matéria, Deputado Osmar Terra.

O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA - Sr. Presidente, eu queria responder rapidamente a algumas questões. Em primeiro lugar, eu acho que temos que votar logo. Chega de discussão, porque vai haver tempo para discutirmos isso depois. A matéria vai para o Senado. Quem for contra o projeto, quem quiser liberar as drogas... Porque não existe descriminalizar drogas sem liberá-las. Não cabe em nenhum raciocínio lógico achar que tu vais liberar a compra e proibir a venda. Como vai funcionar isso? Isso não existe!

A *Folha de S.Paulo*, no editorial do dia 19 de junho de 2011, disse claramente qual é a intenção do movimento de descriminalização das drogas. Nós queremos descriminalizá-las, como primeiro passo, para, em seguida, legalizar todas as drogas. A *Folha de S.Paulo* colocou isso, claramente, como sua posição, no editorial do dia 19 de junho de 2011. Podem pegar na Internet.

Então, nós estamos discutindo aqui é o movimento que vai na direção da liberação de todas as drogas e o movimento que vai na direção da tomada de posição com pulso firme e, pela primeira vez, de se dar respaldo a uma política, porque o que a Presidente Dilma propôs está em consonância com o nosso discurso. Eu tenho o discurso dela aqui, não há nada diferente do que nós estamos dizendo. Mas é a primeira vez em que há um projeto global, só que não está sendo executado porque não tem respaldo legal para sê-lo.

Em segundo lugar, quero dizer que estamos fazendo uma lei em respeito às vítimas e em respeito às famílias das vítimas, que hoje não têm direito a nada, a serem ouvidas em nada. Elas assistem à degradação do seu filho até o fim sem poder fazer absolutamente nada! Esse é o maior drama que nós estamos vivendo hoje. E são dezenas de milhares de vítimas que morrem todo ano, numa média de seis mortes por hora no Brasil, em função das drogas. Não há nada pior em saúde pública do que isso e não há nada pior em segurança do que isso.



Terceira coisa que eu queria dizer: isso exige um mutirão. Nós temos que aproveitar tudo que existe. As comunidades terapêuticas são bem-vindas! Elas que sigam normas técnicas adequadas. São muito bem-vindas! Eu concordo com o que o Deputado Padre João disse, também com o que todos têm dito aqui, particularmente o Deputado Givaldo Carimbão, que é um grande defensor dessa área. Eu concordo!

Defendo a reforma psiquiátrica. Eu ajudei a construir o SUS. Fui o Superintendente do INAMPS, que implantou o SUS no Rio Grande do Sul, e lutei pela reforma psiquiátrica. De todos os leitos que criei para internação de dependente químico no Rio Grande do Sul, no período em que fui Secretário — perto de mil leitos; nenhum Estado criou um número tão grande de leitos no Brasil —, todos foram criados em hospitais gerais, em enfermarias de hospitais gerais.

Eu defendo o princípio da luta antimanicomial, discordando um pouco do Dr. Dagoberto, mas entendo que é necessária a internação, é necessária a desintoxicação. Ninguém intoxicado tem capacidade de decidir nada, ainda mais por drogas pesadas. E a maconha não está fora das drogas pesadas. Hoje ela é uma maconha aditivada, é o *skank* que vem do Paraguai, e é 5, 10 vezes mais potente que aquela maconha do movimento *hippie*, da liberdade, contra a guerra do Vietnã. É completamente diferente! Hoje é outra coisa! Cinquenta por cento dos jovens que usam maconha na adolescência ficam dependentes. Isso não é pesquisa minha, isso é pesquisa do NIDA (National Institute on Drug Abuse), publicada em dezembro de 2012.

Então, nós não estamos lidando com uma coisa simples. Nós estamos lidando com todas as drogas. “*Ah, mas o álcool é legal.*” Sim, o álcool é legal, mas nós temos que restringi-lo também. Só porque o álcool é legal, vamos liberar o resto? Em que situação vai ficar o País? A Lei Maria da Penha hoje está tratando do álcool, do álcool, que é a droga legal e que é a maior causa de violência doméstica no Brasil!

Então, eu acho que não há como aceitar que nós somos o País com o maior número de homicídios do mundo e ficar quietos, e não fazermos nada, acharmos que é normal matar gente. Não há como ficar...



A doutora que me desculpe, usuário e traficante não há como separar pela quantidade de droga que carrega, porque o traficante vai andar exatamente com a quantidade de droga que colocarmos na lei. Depois vai a casa e pega mais uma quantidade, e mais uma quantidade. Não vamos prender mais ninguém!

E aqui quero fazer referência à questão de *“Ah, mas a prisão custa caro; o traficante custa caro”*. Um traficante preso é muito mais barato para a sociedade do que um traficante solto, porque um traficante preso custa 1.800, 2 mil reais por mês. Mas, solto, um pequeno traficante faz uma média de 20, 30, 40 dependentes químicos ao ano, cada um dos quais vai custar mais do que isso. Cada um vai custar mais do que isso!

Nós temos que nos preocupar com as vítimas! Temos que nos preocupar com os bipolares, com os deprimidos, com os que têm déficit de atenção e hiperatividade, que são vítimas fáceis do tráfico de drogas, que não têm controle de impulso. Esses nós temos que ajudar. Nós temos que nos preocupar com o problema social, sim, mas não é tudo social, minha gente! Mais de 30% da população têm transtornos mentais que favorecem à dependência química. Nós temos que entender um pouco também de ciência.

O Dr. Tófoli colocou questões aqui que eu acho importantes. Eu estudei muito o problema de Portugal, Dr. Tófoli. Nós temos relatórios do INA (Instituto Nacional de Administração), que contradizem os relatórios do IDT (Instituto de Drogas e Toxicodependentes), que é do Dr. João Goulão. Por sinal, o Dr. Goulão foi quem bolou o plano português de descriminalização. O Dr. João Goulão ofereceu os dados do instituto dele para avaliar o programa. Como se avalia isso? Isso se acha em ciência? Foram esses dados que foram publicados pelo Cato Institute, que é a ultradireita americana, que é contra o sistema público de saúde, contra tudo lá nos Estados Unidos. O relatório Cato é que fez o livro sobre a maravilha que é Portugal. O ícone do Instituto Cato em Portugal é o Milton Friedman, neoliberal, condenado por toda Esquerda do mundo. Ele é que é o ícone do Instituto Cato. É esse o sujeito que quer liberdade acima de tudo, liberdade individual acima de tudo.

As pessoas podem ser livres? Podem, mas, se elas interferirem na liberdade do outro, elas não podem ter esse direito. Uma pessoa que não trabalha, que não faz mais nada, só está usando droga, se drogando na rua está interferindo na



liberdade da família dela, que tem que deixar parte da sua liberdade para tratá-la, para arrumar dinheiro extra para poder sustentá-la, para poder lhe dar roupa e comida. Está sacrificando os seus filhos, quando é pai de família. Isso é liberdade?

Então, eu acho que nós estamos com questões muito graves aqui. Só os dados do INSS, Dr. Tófoli, sobre álcool e *crack* no auxílio-doença, desmentem aquele trabalho dizendo que o álcool é o mais... Hoje, no Brasil, há três vezes mais auxílio-doença por *crack* e cocaína do que por álcool; isso, 6 anos atrás, era o álcool.

Nós estamos com uma epidemia grave aqui, e temos que enfrentar a epidemia com mão firme. *“Ah, mas não tem sistema prisional. Os coitadinhos vão para a prisão!”* É outro problema. O Governo tem a obrigação de dar condições no sistema prisional. Tem que ter vagas nos presídios. Tem que ter presídios organizados. *“Ah, mas, então, como vamos prender o usuário?”* Pela nossa proposta, o usuário não é preso. O usuário, pela nossa proposta, continua como está. Para o usuário, há pena alternativa. É crime para inibir, mas é pena alternativa. Eles vão ter uma pena alternativa. Eles não vão presos. *“Ah, mas o policial é corrupto. A polícia é isso e aquilo!”* Bom, se nós vamos fazer uma lei não confiando na Polícia, no juiz, em ninguém, que história de lei é essa?

A quantidade não define nada. Trezentas pedras de *crack* podem ser de um usuário. Duas pedras de *crack* podem ser de um traficante, que vendeu ali na esquina o resto. Então, não define nada, nós não vamos prender mais ninguém.

Eu queria, só para terminar, dizer o seguinte: o cadastro de internados, doutor, é igualzinho ao da reforma psiquiátrica. O senhor não falou nada contra o da reforma psiquiátrica. Ele é igualzinho. Eu copieei. O que eles dizem? Quando há baixa involuntária na reforma psiquiátrica, precisa-se comunicar ao Promotor. Além da equipe que o Givaldo Carimbão falou, que tem que ter informação, um tem que trocar informação com o outro, é preciso haver um cadastro, um prontuário. Alguma coisa tem que ter, porque cada um tem que ter um tratamento diferenciado na proposta; tem informar o Ministério Público sobre a internação involuntária, para ele ver se os direitos humanos não estão sendo atingidos. Como é que vai se fazer isso sem informação? Como vai fazer? Na reforma psiquiátrica é assim. Nesta lei é igualzinho. O senhor pode ver que é igual.



Para terminar, eu quero dizer que redução de danos é redução de danos. Em todo lugar tem que ter redução de danos, mas isso não é terapia. Isso não resolve o problema de ninguém. Redução de danos é para não piorar mais do que está. Mas a redução de danos não ajuda em nada a pessoa sair das drogas.

Eu não mudo a lei atual, doutor. Os CAPS continuam existindo. Eu só modifico alguns artigos, eu não mudo a lei. Toda a previsão de CAPS, tudo o que hoje existe em termos de atendimento continua existindo. Não muda, não termina.

Quem falou aqui — eu não sei quem falou, não me lembro agora — que contratar entidades privadas, mesmo religiosas, é uma coisa que pode ferir a Constituição, não conhece o SUS. No Sistema Único de Saúde, no meu Estado, mais da metade dos contratos para atender em hospitais filantrópicos são feitos com entidades religiosas, e graças a Deus, porque é o Estado que tem menos mortalidade infantil e que tem uma resolução maior do que os hospitais públicos, que gastam uma fortuna e atendem muito pouco! O custo dessa contratação, Carimbão, para atendimento nas comunidades terapêuticas vai ser a metade. O custo total disso no Brasil, pelas estimativas que eu fiz, vai ser a metade do que é gasto só com um hospital público do Rio Grande do Sul, que é Grupo Hospitalar Conceição, que gasta mais de 2 bilhões, gasta mais que todos os hospitais do Rio Grande do Sul juntos. Juntando os 300 hospitais do Rio Grande do Sul, não gastam o que ele gasta, e ele atende só a 6% da demanda. A metade desse dinheiro dá para pagar todas as comunidades terapêuticas do Brasil e garantir um atendimento diferenciado para as pessoas.

Não há evidência nenhuma de que consultório de rua dá resultado, que tratar a pessoa no lugar em que ela está usando a droga... Eu não conheço nenhum resultado. Gostaria muito de ver pesquisas nessa área, mas está previsto, não está impedido de se fazer.

Então, é isso. Eu queria pedir aos Deputados que votem. *(Palmas.)*

Foi transferida para quarta-feira que vem a votação, a pedido do Líder Henrique Alves, que quer presidir a sessão que vai fazer essa votação histórica, de avanços em relação a essa questão. A pedido dele, nós aceitamos, houve um consenso, e as Lideranças aceitaram transferir para quarta-feira que vem.

Quarta-feira que vem vamos votar, minha gente!



Obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Otavio Leite) - Muito bem, Deputado Osmar Terra. Muito obrigado.

Eu acho que a todos nós, do Congresso, só não é permitida uma coisa: não ouvir as pessoas, não transigir. Este encontro foi muito útil, eu não tenho dúvida, para as reflexões dos Srs. Deputados, para o Relator.

Todos aqueles que queiram encaminhar alguma sugestão para o Relator, ele está aberto, mas este assunto já está no limiar de uma decisão definitiva da Casa.

A Comissão agradece a todos que estiveram presentes.

Quem quiser passar alguma informação depois para os Deputados podem passar.

Muito obrigado.

Está encerrada a sessão.