



**DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO**

**NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES**

**TEXTO COM REDAÇÃO FINAL**

<b>COMISSÃO ESPECIAL - POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE AS DROGAS</b>		
<b>EVENTO:</b> Audiência Pública	<b>Nº:</b> 0778/11	<b>DATA:</b> 14/06/2011
<b>INÍCIO:</b> 14h43min	<b>TÉRMINO:</b> 17h36min	<b>DURAÇÃO:</b> 02h52min
<b>TEMPO DE GRAVAÇÃO:</b> 02h52min	<b>PÁGINAS:</b> 65	<b>QUARTOS:</b> 35

<b>DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO</b>
<b>ALCENI GUERRA – Ex-Deputado Federal.</b>

<b>SUMÁRIO:</b> Debate sobre atendimento e acompanhamento de dependentes químicos no País.
--

<b>OBSERVAÇÕES</b>
Houve exibição de imagens. Houve intervenções fora do microfone. Inaudíveis.



**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Boa tarde a todos. Quero convidar nosso companheiro e colega da Comissão, nobre Deputado Vieira da Cunha, para compor a Mesa como palestrante e também o Deputado Alcení Guerra, que pertence à Comissão de Seguridade Social e Família, para iniciar os trabalhos.

Antes, gostaria de comunicar a todos que amanhã, às 14h30min, o Presidente Marco Maia, junto com nossa Comissão sobre drogas, vai lançar o novo portal e-Democracia, um portal de comunidade virtual que vai aproximar a sociedade do Parlamento nesse debate tão importante que esta Comissão está conduzindo.

Então, convido todos a estarem presentes amanhã. Contaremos com a presença de Glória Perez e do grupo Batucadeiros, um grupo de Brasília.

Vamos passar a palavra para o nosso expositor, Deputado Alcení Guerra, que tem 20 minutos para sua exposição.

Obrigado pela presença.

**O SR. ALCENI GUERRA** - Saúdo o Presidente, meu amigo Deputado Reginaldo Lopes; meu amigo Deputado Vieira da Cunha, que presidiu a Comissão Externa de estudos sobre drogadição; meu amigo Givaldo Carimbão, de notável passagem na minha vida como Presidente da Comissão do SINASE. Fizemos um grande trabalho. Quero saudar todos os meus amigos Deputados, especialmente uma querida amiga que tem o prazer de dizer onde eu vou, que é cria minha. Coloquei-a na política, e se tornou essa extraordinária Deputada. Levo esse orgulho de ter sido bom professor. Entre todas as boas coisas que eu fiz para ela na vida, inclusive, fui seu cupido: apresentei-lhe seu marido, com quem está casada há vinte e tantos anos, o Secretário Ricardo Barros.

É um prazer ter todos vocês aqui. Obrigado por essa oportunidade.

Vou procurar ser breve.

Presidi, durante quase 1 ano, a Frente Parlamentar da Saúde contra o *Crack* — fiz questão de colocar esse nome, porque me achei muito pequeno e inexperiente para falar de segurança, de tráfico, de controle de fronteiras. Preferi ater-me mais à saúde, especificamente à reabilitação do usuário de drogas. E assim visitei oito Estados e sete países para estudar o que temos para melhorar em relação ao *crack*.

*(Segue-se exibição de imagens.)*



Afinal, o que é o *crack*? O que levou mais de 1 milhão de brasileiros a serem usuários de *crack*, sendo todos jovens? Por que o *crack* se alastra e vicia tanto? De que forma isso acontece?

Como vocês podem ver no quadro, ele é derivado das folhas de coca, que, mascadas, dão um certo bem-estar. Mas a partir daí passam a ser pasta de coca, com até 85% de pureza, ou cloridrato de cocaína pura. Essas duas substâncias, a pasta e o cloridrato, quando misturadas a qualquer substância, principalmente bicarbonato de sódio, podem ser fumadas. E aí vem o desastre: o fumo.

O que é a cocaína fumada? O que ela atinge? Para chegar até o alvéolo pulmonar, onde ela tem contato com o sangue, ela passa por 2.400 quilômetros de vias áreas, de dutos aéreos, brônquios, bronquíolos, até o ínfimo bronquíolo que leva ao alvéolo. Quantos alvéolos? São 300 milhões de alvéolos. O que significa isso, em termos de área que cobre 300 milhões de alvéolos? Significa esta sala; ou 70 metros quadrados de fumaça de cocaína que chega em 4 segundos ao cérebro. Imaginem a quantidade de cocaína que chega ao cérebro em 4 segundos! Por isso o desastre do *crack*, por isso ele faz esse estrago.

Se vocês olharem atentamente na parte de baixo, onde está escrito inalatório, via inalatória, pasta de coca ou *crack*. Início da ação: 8 a 10 segundos. Duração do efeito: 5 a 10 minutos. Pico plasmático: de 300 a 800 nanogramas por mililitro. Nenhuma outra via coloca tanta cocaína no sangue e no cérebro quanto a fumaça cheirada no *crack*. É por esse motivo, e não porque seja uma droga mais forte, é cocaína. A forma de administração leva a essa loucura.

Por que causa dependência? Porque faz efeito imediato, 8 segundos, porque passa rápido e porque tem um pico de até 800 nanogramas por mililitro. Por isso causa esse estrago todo. E também é a droga que mais destrói o organismo, destrói os brônquios, os alvéolos, o coração, o cérebro. Cinco anos depois de parar de fumar, ainda tem lesão em 15% dos neurônios. Cinco anos é o prazo da última pesquisa, possivelmente em 10 anos não será grande a diferença.

E o que faz ao cérebro? Basicamente libera dopamina e inibe o pensamento lógico e leva à impulsividade. Qualquer loucura vale para se ter uma nova dose, qualquer loucura. Vimos de tudo nesses 10 meses que presidi a Frente. Vi de tudo o que um usuário de *crack* pode fazer para obter a nova dose.



Nesses sete países e oito Estados ouvi sempre as três palavras: prevenção, assistência e reabilitação.

A frase logo abaixo, sem indicação de autoria, é minha e a criei de tanto ouvir as pessoas falarem. Ela diz assim: “Quem só aponta erros e dá muitos conselhos começa errando”.

Não vou ficar aqui desfiando os erros que cometemos no Brasil. Depois vou falar do maior erro e dar um só conselho. Prefiro começar pelas coisas boas.

Aqui vemos a Comissão Externa em Portugal. O que ouvi de espetacular em Portugal? Quase tudo, mas principalmente sobre o OEDT (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência), que controla a informação produzida sobre a drogadição da Europa toda e a retransmite a todo o continente. Um dos menores países da Europa, e não vamos dizer um dos mais pobres, porque não o é, um dos menos ricos controla a coisa mais preciosa que existe, que é a informação, a partir de um observatório lisboeta, um laboratório em Lisboa. É claro que precisamos imitar esse exemplo. Em vez de criticar nossa falta de controle de informação, prefiro dar exemplo de quem faz bem feito.

E aqui estamos, eu e os Deputados Vieira da Cunha e Geraldo, em Amsterdã. Por quê? Porque na Argentina, no Chile e nos Estados Unidos haviam me dito que descriminalizar é um risco que não podemos correr. Descriminalizar, segundo eles, americanos, argentinos e chilenos, significa dar autoconfiança ao consumo por parte do jovem usuário, geralmente um adolescente. Não se pode descriminalizar por isso. Aí, a convite de Vieira da Cunha, fomos à Holanda ver como é que há 46 anos eles têm discriminalizado o consumo da maconha sem aumentar o número de usuários de todas as drogas.

Aqui estamos com o Embaixador, que nos dizia: *“Vão com cuidado, porque vocês terão opiniões contraditórias”*. E realmente as tivemos. O próprio Ministro da Saúde nos disse que não poderíamos voltar atrás porque essa liberdade de comprar e consumir maconha é o símbolo das nossas liberdades individuais, mas, se tivéssemos de começar novamente, a palavra dele foi: Eu não sei. *“I don’t know”*. Eu não sei se começaríamos liberando o consumo de maconha. Ele nos aconselhou a ter cuidado com o assunto. Aqui estamos, eu e Vieira da Cunha — e é uma pena que S.Exa. não apareça com a cara que está fazendo —, cheirando maconha. Ele



cheirou antes e eu o estou imitando. (*Risos.*) Poderíamos ter comprado realmente entre 5 e 15 gramas de maconha, para fumar em casa. Eles podem vender entre 5 e 15 gramas. O preço varia entre 10 e 12 euros, o grama, e cada *coffee shop* pode vender até 8 quilos por dia; só pode ter em estoque 500 gramas. Eles ganham 40 a 50 mil euros por dia, vendendo maconha — 47% são para imposto destinado à reabilitação de drogados. Disseram-nos que seu segredo é que, para comprar a maconha, os usuários têm de se inscrever num programa de saúde.

Portanto, eles controlam o usuário através de um sistema de saúde. Achei que era a maneira de eles justificarem a liberalização. Depois, a Holanda tem um perfeito sistema de assistência ao usuário de drogas, é extraordinário. Temos de tirar o chapéu para eles.

Aqui estamos na Itália. O Ministro da Saúde nos faz a apresentação final. E, da Itália, gravei o seguinte: a reabilitação é paga integralmente, *per capita* de usuário, pelos governos das regiões, que é uma espécie de Estado brasileiro, um pouco maior do que os nossos, mas eles pagam a reabilitação, ao contrário do Brasil, onde nenhuma Prefeitura, nenhum Governo Estadual ou Federal gasta 1 centavo nas nossas quase 2 mil comunidades de reabilitação.

Era domingo de Pentecostes, como o domingo que acabou de passar. O Deputado Vieira da Cunha recebeu uma deferência da embaixada, que nos transmitiu um convite para ir à missa que o Papa rezaria pessoalmente. E ficamos a cinco metros do Papa a missa toda. E lá encontramos essa figura, Frei Hans, que tem 80 fazendas de reabilitação no mundo, chamadas Fazendas Esperança. Estava lá recebendo o reconhecimento do Papa. E não recebe nenhum centavo de nenhum governo. As fazendas são autossustentadas; o que o ex-usuário produz na fazenda é vendido para sustentar a fazenda. Esse é um exemplo magnífico que nós estamos dando ao mundo.

Eu sinceramente, Deputado, na condição de ex-Ministro da Saúde, Parlamentar, com a minha preocupação com nossos mais de um milhão de usuários, colocaria muito dinheiro nessas fazendas para ajudar na reabilitação. Não é que ele não queira. Acho que ele não pede. Ele se queixa que não tem o apoio financeiro que precisava ter.



Aqui estou no Chile, numa outra viagem. Da esquerda para a direita vemos Nora Volkow, que dirige o maior programa do mundo de reabilitação de viciados, nos Estados Unidos; Dr. Rolando Chandia, que é prof. chileno, um grande entendido; e Julio Palavitini, que é Reitor da Universidade. Disseram-me quatro coisas que nós precisamos ter cuidado no Brasil e que eles fazem.

Primeiro, prevenir. Todos acham que nós no Brasil temos uma certa deficiência na prevenção. Segundo, eles me disseram na lata que temos vergonha de diagnosticar, temos vergonha de assumir o que temos. E aí me disse o Prof. Rolando, por exemplo, *“Vou lhe dizer uma coisa que vai alarmar, Deputado. No Chile, 65% dos estudantes são usuários de algum tipo de droga, álcool, cocaína, nicotina, todas as drogas”*. E me mostrou a pesquisa feita nas universidades. *“Quando nós temos esse diagnóstico, e estou falando para um médico”*, ele me disse, *“temos possibilidade de cura, de reabilitação. Se não há diagnóstico, não há remédio para dar. Perca a vergonha de dizer que há um milhão de usuários de crack no Brasil”*. É o primeiro passo: reconhecer. E diagnosticar é a segunda palavra. Depois, assistir e reabilitar. Aprendi com os quatro.

E na Argentina aprendi outra coisa que me chamou muita atenção. Esses dois médicos, Dr. Marchioni e Dr. Juan Yaria, são espanhóis que vivem na Argentina e criaram nesse país, imitando a Espanha, um sistema que achei genial de prevenção. Primeiro eles dizem assim: *“Qual é o seu capital social na sua cidade?”* Perguntei: Como capital social? O que vocês querem dizer com capital social? *“Quantas igrejas há, quantos sindicatos, quantas associações. Tudo o que trabalha com a sociedade é seu capital social. Se há um elemento do capital social não trabalhando na prevenção de drogas, ele não está cumprindo seu dever, nem você seu dever de chamá-los. O capital social tem que ser integralmente usado.”*

Muito bem. E aí me disse mais: *“A formação tem que ser local”*. No centro da província há uma universidade que ensina, que treina as pessoas locais, porque vão falar com a realidade local e com a linguagem local. Vão formar preventores do uso de drogas com a linguagem local. Não se pode mandar um estrangeiro, um forasteiro ensinar prevenção de drogas na sua cidade, tem que ter formação local, tem que ser local.



Eu me dei conta de que geralmente nós fazemos isso na televisão, quer dizer, não atingimos o âmago da família. E mais, o que me estarreceu foi ver que eles estão realmente 20 anos na nossa frente na Argentina. Eles têm uma rede de cidades preventivas, cidades que recebem benefícios do Governo porque foram rotuladas com ações de prevenção. *Ciudades preventivas*, uma rede de *ciudades preventivas*.

Por que nós, com a fortuna que temos nos Orçamentos federal e estaduais, não temos a rede de cidades preventivas? Por falta de vontade nossa, que estamos aqui, nós, Parlamentares, eu, ex-Parlamentar. Quer dizer, dar do nosso Orçamento estímulos para que uma cidade se torne preventiva de acordo com as características nacionais é obrigação nacional. Criar uma rede de cidades preventivas é nossa obrigação.

E digo para os senhores: não deu tempo para mim. Eu terminei o meu mandato sem conseguir fazer — era um ano difícil, um ano eleitoral — o projeto de lei que criava a rede de cidades preventivas.

Mas acho que cabe a esta Comissão trabalhar sério numa rede nacional de cidades preventivas. Basta ir à Argentina e ver o que eles fizeram. Vergonha de ver o que é certo? O que é bom é para ser visto. É preciso ser visto, seja do Paraguai, da Bolívia, da Argentina, dos Estados Unidos. Onde houver bons exemplos nós temos que ir ver.

Aqui vemos as três maiores autoridades que eu conheci no mundo de drogadição. São: da esquerda para a direita, o Dr. Rolando Chandiá, um dos diretores da Sociedade Mundial de Psiquiatria, professor e médico chileno, profundo conhecedor de drogadição na América do Sul; no centro, Dr. Eduardo Kalina — no meu entender, a maior autoridade mundial. Ele trabalha na Argentina, nos Estados Unidos e na Espanha, e trabalhou no Brasil durante 2 anos. Fala português corretamente. Vieira da Cunha o trouxe nesta Comissão e ele fez brilhante palestra em português —; e Nora Volkow.

Os três botaram o dedo nas nossas feridas e nos mostraram os erros que cometemos. Eles nos disseram: “*Vocês são notáveis, vocês fazem um esforço muito grande.*” O fato de estarmos aqui hoje faz parte do esforço de todos nós. Nos



disseram ainda: *“Vocês cometem os erros que nós cometemos há 20 anos.”* Essa a expressão usada por Nora Volkow, Dr. Kalina e Dr. Rolando Chandia.

E desses erros, entre eles vou destacar um e dar só um conselho, para não me perder apontando muitos erros. O que acho mais grave é a abordagem no usuário de *crack*, porque ele está transtornado, não tem capacidade mental do seu raciocínio lógico para decidir o que fazer, a não ser roubar, assaltar, ou conseguir dinheiro para comprar a dose seguinte.

E quando nós o abordamos, não o desintoxicamos. Essa é uma palavra que os médicos aqui sabem que não gostamos de usar. Desintoxicar é uma palavra mais de uso comum. Mas se o indivíduo está com altas doses de cocaína no cérebro, antes de ir para uma clínica de reabilitação, é preciso tirar a cocaína dele, é preciso desintoxicá-lo.

E quem dirige clínicas de reabilitação — ouço sempre essa queixa: *“Vocês trazem gente aqui que não nós não podemos conviver com quem já está se recuperando. Tem que tratar em casa ou no hospital.”*

E eu digo aos senhores o que me ensinou aquele que considero o maior *expert*, Dr. Eduardo Kalina: substituição da cocaína no primeiro momento, na primeira consulta, por vários antidepressivos de ação neuroléptica imediata para evitar o *craving*. O que é o *craving*? É a fissura, é o desejo obsessivo pela nova dose. E ele me disse: *“Guarde”*. Eu e o Bonow ouvimos dele a seguinte frase, Deputado Vieira da Cunha: *“É preciso ganhar o primeiro round. Se você não ganhar o primeiro round, a luta acaba. É preciso desintoxicar.”*

Como ele desintoxica? Permitam-me apresentar publicamente a receita que o Dr. Eduardo Kalina expôs no Congresso Internacional de Adicciones, no Chile. Eu me permito fazê-lo porque dou crédito para o receituário dele. Ele recebe o adolescente argentino, e ali onde está escrito *desayuno*, que significa café da manhã, prescreve: venlafaxina, 75 mg — eu desmaio com 75 mg —, topiramato, modafilino, bupropiona. O bupropiona é o nosso welbutrim, o bup, que tem no mercado brasileiro. Eu sempre faço a mesma brincadeira quando vejo alguém receitá-lo: *“Olha, receita só para homem, porque para a mulher aumenta a libido até 150%, em 55% das mulheres.”* Imagine o que acontece com alguém usando *crack* e aumentando a libido em até 150%? Ainda bem que só tem efeitos nas mulheres.





Esse é o café da manhã. No almoço, *almuerzo*, de novo 75 mg de pregabalina, ou gabapentin, e, no lanche da tarde, *mirienda*, 25 mg de topiramato, ou pregabalina, ou venlafaxina. Antes de dormir, outras doses.

É possível dar isso em casa? Eu, como médico, não me atreveria a fazê-lo sem a assistência de enfermeira que olhasse o paciente. Sou pediatra, cuido de um adolescente viciado em *crack*. Vou lhe ministrar em casa esses medicamentos? Eu não me atreveria. Só se eu pudesse ficar sentado a seu lado, atento a suas reações vitais. É preciso um acompanhamento a que chamamos de internação.

No quinto receituário, há medicamentos específicos para os pacientes que sofrem de síndrome do pânico ou que estão muito deprimidos, ou muito ansiosos, todos medicamentos que demandam acompanhamento.

Agora, voltando ao Brasil, dou meu único conselho. Cito as palavras de um promotor de justiça do Paraná: *“Isso faz com que as entidades de tratamento, invocando uma norma oriunda de órgão federal, somente mantenha sob tratamento o adolescente que expressamente manifesta tal desejo, ainda que para lá tenha ido por determinação do juiz da Vara da Infância e Juventude.”* No Brasil, é proibido internar pelo SUS; há norma escrita do SUS nesse sentido. Eu já a apresentei ao ex-Ministro Temporão, que me disse desconhece-la. Mas o fato é que os SUS locais adotam a norma, de modo que, se o adolescente não consentir e assinar, nem mesmo sob ordem judicial... Mas o adolescente não tem condições de raciocinar logicamente e de decidir.

Então, nós partimos do seguinte princípio: se o adolescente consente, ótimo, que seja tratado; se o juiz determinar, que seja tratado; se a família quiser, que seja tratado — isto é, internado pelos primeiros 30 dias. Quem fez isso no Brasil? Somente o Estado do Rio de Janeiro, há 15 dias. O Estado do Rio de Janeiro mandou recolher das ruas e internar os usuários de *crack*. É a única exceção, porque viu que não é possível desintoxicar um usuário de *crack* em casa ou na rua, viva ele onde viver. Parabéns, então, ao Governo do Rio de Janeiro, que foi o primeiro. Tenho a impressão de que todos nós vamos acompanhá-lo. Se essa palestra tivesse ocorrido há 1 mês, eu estaria aqui lamentando que em nenhum lugar do Brasil existe a diferença, mas agora ela existe no Rio de Janeiro.



Pois bem, aponte o erro e agora dou o conselho: o mais eficaz, o mais contundente hoje é dar, primeiro, assistência ao usuário, isto é, tratamento médico. É preciso tratar do pulmão, do coração, do cérebro; é preciso desintoxicar o usuário. E isso significa cuidados médicos 24 horas por dia. Ele está há meses usando *crack* e precisa de desintoxicação e de reabilitação física mínima, para ter condições de continuar o tratamento.

Como se dá a desintoxicação entre espanhóis, argentinos, chilenos e americanos? Pela substituição da cocaína por antidepressivos de ação neuroléptica imediata para evitar o *craving*. É preciso ganhar o primeiro *round*, como disse o Dr. Kalina. Esses medicamentos exigem internação. Alta médica para tratamento ambulatorial só após o fim da fissura. Para onde mandamos os pacientes no Brasil? Para os CAPs, que são uma invenção extraordinária da saúde pública no Brasil, mas ainda em número pequeno, com pessoal escasso e mal remunerado, e mal localizados, porque não os há em áreas críticas. De todo modo, uma genial invenção da saúde no Brasil, que, contudo, ainda não atende à demanda.

E depois da reabilitação? Clínicas e fazendas de reabilitação temos quase 2 mil. Mas e depois? Depois, quando mandado o paciente para casa, eu, como médico, afirmo que há para ele a necessidade de acompanhamento médico e uso de medicamentos para o resto da vida! A pesquisa de mais tempo de ressonâncias e tomografias cerebrais tem 5 anos. E, em 5 anos, ainda têm 15% das células afetadas. E essas células exigem o uso da substância cocaína ou heroína para liberar a dopamina, ou um medicamento que faça isso, um antidepressivo que faça isso.

O usuário tem condições de pagar isso? Não tem dinheiro para pagar isso. Estou falando de um País que me deu o orgulho de ser o iniciador do pagamento do tratamento da AIDS. Quanto nós gastamos hoje para atender aos portadores de vírus? Um bilhão e trezentos milhões de reais por ano. São 285 mil portadores do vírus vivos! Se nós retirarmos o coquetel morrem no primeiro ano. E nós pagamos. Ora, se pagamos para o tratamento da AIDS e somos modelos de tratamento de AIDS no mundo, por que não podemos pagar um antidepressivo muito mais barato, infinitamente mais barato, a um ex-usuário que dele precisa para não voltar a fazer



uso de drogas? Este é o meu conselho: a abordagem do tratamento e a continuidade do tratamento.

Principais demandas do Brasil, antepenúltima exposição. Nós temos grande quantidade de informação, mas não temos, como Portugal, um centro coletador e distribuidor da informação.

Nós publicamos artigos todos os dias em revistas científicas, em revistas leigas, mas não temos o cuidado de ter no Brasil um centro que controle a informação, como é o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência em Lisboa. Acho que o País precisa desse centro de coleta e guarda de informações.

Segunda informação: aquilo que eu aprendi com os argentinos. É preciso ter um centro nacional que inicie a formação dos formadores municipais, dos formadores estaduais e, finalmente, a formação tem de ser municipal. O preventor ou o cuidador de usuários de drogas no município tem de falar a linguagem, tem de saber se lá tem mais gente torcendo para o Grêmio ou para o Coritiba, para o Palmeiras ou para o Santos. Tem também de saber a cultura local, se o pessoal gosta de futebol, tem de saber os acontecimentos passados na cidade, quem morreu por excesso de uso de drogas, e era de família querida. Quer dizer, tem de conhecer a cultura local. O formador, portanto, deve ser daquele município.

E a última vez que eu falei com essa contundência foi na presença do meu querido amigo, já falecido, José Alencar, que fazia parte comigo do Conselho de Gestão da Rede Sarah Kubitschek. E eu esbravejei dizendo que nós precisávamos transformar a Rede Sarah em rede nacional de reabilitação de drogados, porque a Rede Sarah é a melhor do mundo para reabilitação neuromotora — eu queria que eles também fizessem. Daí o Dr. Aloysio e outras pessoas disseram-me: *“Alceni, nós atingimos essa perfeição que você fala do atendimento neuromotor, porque nós só atendemos neuromotor. Se nós formos atender drogados, nós vamos estragar a nossa rede. É preciso achar outra rede.”* Eu aceitei, com muita humildade, a argumentação. Mas nós precisamos achar uma Rede Sarah que seja centro de referência nacional para a reabilitação de usuários de drogas. Precisamos achar essa rede.



Sei que, em São Paulo, a UNESP destinou um centro para isso, que há um movimento assim em vários locais do Brasil. Nós precisamos ter um centro nacional que conduza o estudo.

E finalmente o Tratamento Brasil. Perguntei à Nora Volkow, bisneta de Trotsky, mexicana, americana, mora nos Estados Unidos e dirige o maior programa mundial de reabilitação de drogados. Ganha do Governo dos Estados Unidos 1 bilhão de dólares por ano. Imaginem o Governo americano dando 1 bilhão de dólares para a neta de Leon Trotsky! É porque ela é boa, é porque ela deve fazer coisas de forma séria e competente. E ela disse-me essas duas palavras: "*Capacitación y capacitación, doutor*". Não só disse, como escreveu nesse livro que eu tenho em mão, e eu perguntando para ela nesse congresso, dizendo o que nós fazemos, ela tomou a minha caneta e escreveu: "*Capacitación, doutor, capacitación!*" Está escrito com a letra dela nesse caderno.

Então, o conselho final que dou é que transformemos esta Casa num local gerador de recursos para capacitar pessoas, para formar pessoas para o combate às drogas e a reabilitação de usuário. Não vou pedir clínicas de reabilitação, porque isso é dever do Município e do Estado. O SUS é descentralizado, mas, em nível nacional, temos de formar uma grande rede de capacitação de pessoas hábeis para lidar com o assunto.

Era o que tinha a dizer. Agradeço a todos pela oportunidade.

Muito obrigado. (*Palmas.*)

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Agradeço ao ex-Ministro da Saúde e ex-Presidente da Frente Parlamentar de Combate ao Crack Alcení Guerra a bela contribuição.

Passo a palavra ao próximo orador, Sr. Deputado Vieira da Cunha. Depois, iniciaremos o debate.

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Minha saudação ao colega Reginaldo Lopes que preside esta Comissão Especial, ao Relator, Deputado Givaldo Carimbão, aos demais colegas que têm participado das nossas atividades.

Faço uma saudação especial e carinhosa ao Deputado Alcení Guerra, que, por decisão pessoal, resolver privar o Congresso Nacional da sua atuação sempre competente e dedicada. Espero que volte em breve, porque S.Exa. foi um Deputado



muito atuante e defensor das boas causas. Esta é uma delas. Devo lembrar também a escola de turno integral que S.Exa., quando foi Prefeito de Pato Branco, implantou, dando continuidade a experiência exitosa do meu saudoso líder Leonel Brizola no Rio de Janeiro.

Feita esta introdução e esta merecida homenagem ao Alcení Guerra, falarei um pouco ao meus colegas sobre a experiência que tivemos ano passado.

Em virtude da importância desse tema, a Comissão de Seguridade Social e Família, que tive a honra de presidir em 2010, aprovou requerimento do Sr. Deputado Germano Bonow, filiado ao DEM do Rio Grande do Sul, que também, por opção pessoal, resolveu não concorrer à reeleição, lastimavelmente. Médico e ex-Secretário da Saúde do Estado, preocupado com o fenômeno de avanço da droga, S.Exa. propôs a criação de Comissão Externa com o objetivo de conhecer experiências de outros países quando à questão da drogadição. Foi enorme o interesse dos colegas em participar, mas tínhamos um limite. Por fim, de acordo com as indicações das respectivas bancadas e designação do hoje Vice-Presidente da República, Michel Temer, a Comissão Externa foi constituída por mim, como coordenador, pelo Deputado Germano Bonow, Relator, e pelos Deputados Alcení Guerra, Geraldo Resende, Bel Mesquita, Raimundo Gomes de Matos, Paulo César, que está conosco, Osmar Terra, Sueli Vidigal, Antônio Carlos Chamariz, Givaldo Carimbão, Padre José Linhares e Marcelo Ortiz.

Esses foram os colegas que, alguns mais ativamente, outros menos, que contribuíram com os nossos trabalhos durante o ano de 2010.

Farei uma observação inicial para colocar os colegas no contexto daquele ano. É preciso lembrar que era um ano eleitoral, em que a grande maioria de nós estava diretamente envolvida nos seus respectivos projetos de reeleição. Então, não foi muito fácil realizar o trabalho que precisava ser feito. Mesmo assim, com a superação de todos, conseguimos, penso eu, dar uma contribuição importante, que foi o Relatório Final da lavra do colega Deputado Germano Bonow, aprovado em dezembro do ano passado, com uma série de conclusões e sugestões, das quais não vou tratar para não cansar os colegas, porque esse relatório está disponível. Aqueles colegas que tiverem interesse em conhecê-lo mais profundamente eu estarei à disposição para mostrá-lo.



Farei referência àquilo que mais chamou a minha atenção, pelo menos, como experiência positiva.

A Comissão Externa, além de realizar seminário internacional em julho do ano passado e de ter percorrido alguns Estados, interagindo com Assembleias Legislativas, como estamos fazendo agora, teve oportunidade de viajar a três países: Portugal, Holanda e Itália.

Sobre a Itália, não há necessidade de discorrer, porque o sistema italiano é muito parecido, o que vimos pelo menos, com o nosso, tem mais ou menos os mesmos princípios, as mesmas regras. Como nós, os italianos também patinam nessa área.

Mas o que vimos na Holanda e em Portugal merece registro, porque são experiências muito interessantes.

A Holanda tem aquela experiência única dos chamados *coffeeshops*, aqueles territórios em que tanto os turistas como a população local podem entrar e consumir livremente a maconha.

Ouvimos, conforme disse o Deputado Alceni e agora repito, posições contraditórias a respeito desse assunto. Também estivemos com uma especialista que coordenou um grupo de trabalho a respeito especificamente dos *coffeeshops*, e as conclusões do relatório que eu li são no sentido de que — há pouco, eu acompanhava esse assunto pela imprensa internacional — os *coffeeshops* sejam restritos aos holandeses devidamente cadastrados. Essa é a posição dessa comissão técnica que se debruçou sobre o assunto. Ou seja, os turistas, os visitantes estrangeiros não teriam mais acesso, como hoje ocorre, livremente aos *coffeeshops*. Não tenho notícia de que o Governo holandês tenha tomado decisão sobre isso. Na época em que fomos lá, eles estavam envolvidos inclusive em disputas eleitorais, discutiam o assunto, e não me consta que tenha havido decisão final do Governo sobre essa matéria, até porque decisão dessa natureza terá, por certo, ampla repercussão.

Então, continuam funcionando os *coffeeshops* da maneira exposta pelo Deputado Alceni, mas, repito, a posição técnica é no sentido de restringir os *coffeeshops* a cidadãos holandeses previamente cadastrados. Até perguntei se isso não seria uma espécie de um clube privado, porque só os holandeses devidamente



cadastrados teriam acesso a ele. É uma posição técnica que ainda não tem uma decisão governamental a respeito.

Li, se não engano, na *Folha de S. Paulo*, há poucos dias, que o Governo tinha intenção de adotar essa medida, apesar de todas as repercussões no que diz respeito ao turismo, por exemplo, já que existem muito turistas interessados nisso, curiosos em conhecer esse tipo de estabelecimento. Além do mais, há o interesse do Governo no que diz respeito à arrecadação de impostos. O Deputado Alcení fez uma conta sobre a arrecadação num *coffeeshops* em que estivemos. Vejam todos o que isso representa: cerca de 50% do que é vendido é arrecadado pelo Governo holandês.

De qualquer maneira, penso que a decisão final, mais dias, menos dias, será no sentido de restringir, porque a população dos países baixos se incomoda muito com o que chamam de “turismo da drogadição”, até mesmo em razão de situações que vemos: por estarem sob efeito de droga, pessoas causam uma série de problemas na convivência com a população local. Isso, claro, sensibiliza os políticos e o próprio Governo. Então, penso que, mais dias, menos dias, talvez muito em breve, tomem essa medida restritiva em relação aos *coffeeshops*.

Mas a experiência que me chamou a atenção positivamente — e foi consenso nosso — foi a de Portugal, guardadas as proporções, pois nossa população é de quase 200 milhões de habitantes e Portugal tem pouco mais de 10 milhões de habitantes. Quer dizer, população de Portugal equivale à população do meu Estado, o Rio Grande do Sul. Então, comparativamente a Portugal, o Brasil tem uma outra realidade.

De qualquer forma, adaptando, evidentemente, à nossa realidade, pareceu-me muito interessante a experiência de Portugal, que começou cercada de muita polêmica. No final dos anos 90, o Governo português resolveu mudar o eixo quanto ao tratamento da questão das drogas. Tal como fazemos até hoje, o assunto droga era vinculado ao Ministério da Justiça, com toda a visão que ainda temos aqui no Brasil, de repressão, de criminalização. E o Governo português, à época — a autoridade então responsável pelo Ministério da Juventude era José Sócrates, que até há pouco tempo foi Primeiro-Ministro —, tomou a atitude de deslocar a drogadição do âmbito do Ministério da Justiça para o Ministério da Saúde, criando



um órgão específico, o Instituto da Droga e da Toxicodependência, para tratar desse assunto. É um órgão autônomo, vinculado ao Ministério da Saúde e não ao Ministério da Justiça.

Segundo as autoridades portuguesas, esse tratamento, por si só, já indica o caminho do Governo, exatamente o de tratar a questão das drogas não como uma questão de segurança, mas, sim, antes de tudo, de saúde pública. Aqui a SENAD ainda está vinculada ao Ministério da Justiça.

Então, essa foi uma experiência importante. Eu até anotei uma frase que João Goulão, Presidente do Instituto da Droga e da Toxidependência, nos disse: “*O Estado português persegue a doença, não os doentes*”. Vejam a profundidade dessa frase: “*O Estado português persegue a doença, não os doentes*”. Essa a mudança de enfoque que fez o Governo de Portugal, repito, cercado de grande polêmica, à época. Os mais conservadores diziam que Portugal iria se transformar no paraíso da droga, que isso iria ser muito negativo para o controle; que a Polícia, se não pegasse o peixe pequeno, não teria como chegar aos tubarões, aos traficantes; que iam liberar tudo que isso iria ser nefasto.

Pois o Dr. João Goulão, o Presidente do Instituto, apresentou-nos números — e já faz mais de 10 anos que eles têm essa política —, que demonstram que ocorreu exatamente o contrário. Hoje, na Europa, há um consenso que uma das referências positivas no trato das drogas é a política do Estado português. E eles têm estatísticas que demonstram que o uso da droga diminuiu em todas as faixas etárias, principalmente na juventude, que é o público-alvo.

Aliás, quero fazer um parêntese sobre a questão da juventude para dizer que, para mim — e segundo os especialistas —, outro erro que se comete no Brasil diz respeito às campanhas de mídia, ao enfoque que as campanhas contra as drogas dão, no Brasil, mostrando as pessoas nas sarjetas, associando a droga à morte etc. Segundo todos os especialistas que ouvimos, inclusive no Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, que tem sede em Portugal, é uma montanha de dinheiro jogada fora; que esse tipo de campanha, comprovadamente, os europeus já as fizeram há 10 anos, 20 anos; é um tipo de campanha que não apresenta resultado positivo; que o foco de uma campanha eficiente contra as drogas é a promoção da saúde, é colocar na cabeça da juventude os ganhos que o jovem tem





cultivando hábitos saudáveis. Eles até deram um exemplo: anualmente, eles realizam um *bike tour*, um passeio de bicicleta com o seguinte slogan: “*Pedale só com a sua própria energia*”.

Esse tipo de enfoque é que é defendida já há muitos anos pelos europeus. E nós continuamos — pelo menos é o caso do meu Estado, não sei o Estado dos senhores —, investindo numa mídia aterrorizadora, que enfatiza sempre o lado da destruição da pessoa, cenas impactantes, quando todos os técnicos — pelo menos os que nós ouvimos — dizem que isso não funciona.

**O SR. ALCENI GUERRA** - Deputado Vieira da Cunha, se me permitir, quero reforçar sua excepcional colocação. Na Itália, um dos funcionários do Ministério da Saúde nos mostrou uma pesquisa feita depois de uma dessas campanhas alarmantes: o número de usuários tinha aumentado entre os adolescentes, entre quem nunca tinha usado droga.

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Teve efeito inverso

**O SR. ALCENI GUERRA** - Teve efeito inverso.

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Temos que ter muito cuidado, mesmo com a melhor das intenções se se pensa que se está combatendo, na verdade está, para quem não fuma, nunca pensou em fumar, aguçando a curiosidade de experimentar a droga. Eu lembro até — e acho que o Deputado Alceni vai se recordar também — que, numa das campanhas, aparecia um jovem consumindo droga e depois a cabeça dele jovem explodia. Pois bem. Os traficantes eram procurados pelos jovens para fornecer justamente aquela droga que provocava a explosão da cabeça.

Muitos meios de comunicação e entidades bem intencionadas, repito, pensam que esse tipo de campanha tem resultado positivo. Para mim, foi uma lição, porque realmente eu não tinha essa sensibilidade, achava que as campanhas tinham que mostrar o lado impactante, para desestimular o jovem a seguir o caminho da droga. Mas os técnicos dizem o contrário, que essas campanhas ou são ineficientes ou dão resultados exatamente inversos.

**O SR. ALCENI GUERRA** - Ainda para confirmar o que diz o Deputado Vieira da Cunha, para ajudá-lo nessa passagem brilhante de sua exposição. Perguntamos ao pessoal do Ministério da Saúde na Itália: “*E o que vocês fizeram a partir dessa*



*pesquisa, dessa estatística?”* Eles nos mostraram o Kaká, com a sua cara bonita, limpa, saudável, ídolo do Milan, dizendo: *“Eu sou assim porque nunca usei droga”*. Eles utilizaram o Kaká para uma campanha não agressiva.

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - O exemplo pelo lado positivo e não pelo lado negativo.

Mas, voltando à experiência portuguesa. Como eu disse, os portugueses começaram a implementar essa política no início dos anos 2000. E os conservadores, à época, diziam que ia ser um desastre. Hoje, já existem números comprovando que não é.

E como se estrutura essa política de Portugal? São alguns princípios. Primeiro, o do pragmatismo, que eles gostam de sublinhar, ou seja, aproveitar experiências bem-sucedidas que existem em outros países e adaptar à realidade deles. Segundo, o humanismo. O foco da política não é a repressão, mas, sim, o tratamento. O eixo é o da saúde pública e não da segurança. E o terceiro princípio é o que os portugueses chamam de resposta integrada. O que é resposta integrada? É isso que o Brasil está fazendo só agora, e acho que incipientemente. Ainda não conheço o resultado dessa pesquisa da Fiocruz, realizada já em nossa época, do nosso trabalho, e há um ano anunciada, mas vai sair somente agora. Os portugueses têm tudo mapeado. Claro, repito, são 10 milhões de habitantes, um território muito menor, mas poderíamos e deveríamos fazer o mesmo. O que agora, em parceria com a Fundação Fiocruz, está apenas sendo iniciado, era um trabalho que já deveria estar pronto há muito tempo, até para que pudéssemos ter a noção da real dimensão do problema — nem isso nós sabemos no Brasil.

O que eles chamam de respostas integradas, uma colega da Comissão de Saúde da Assembleia Nacional de Portugal chamou de *zoom*. O que ela quis dizer com *zoom*? O *zoom* é não tratar as coisas de maneira generalista, desfocada. Eles têm zonas definidas. Chamam de zona verde os territórios praticamente livres do consumo de drogadição; de zona amarela aquela que preocupa, e de zona vermelha aquela onde está o foco do problema.

Primeiro, eles mapearam o país, identificando quais são as zonas mais problemáticas, traduzindo-as com essas palavras: zonas verdes, amarelas e vermelhas. E aí vem o *zoom*, ou seja, eles dão prioridade para as zonas vermelhas,



onde está o maior problema, envolvendo a comunidade e trabalhando de maneira integrada com a comunidade e com os diversos órgãos públicos que têm responsabilidade para com o tema.

Em resumo, esses são os três princípios da política portuguesa.

A outra questão, que, repito, deu margem a muita polêmica e que hoje praticamente já é consenso na sociedade portuguesa, é a descriminalização. Aliás, até já aprovamos um requerimento para ouvir o ex-Presidente Fernando Henrique Cardoso, que também tem defendido a chamada descriminalização. Há uma grande reação ainda na sociedade brasileira contra a descriminalização, acho eu porque há uma confusão no Brasil entre descriminalizar e legalizar. Quando se diz descriminalizar não é que a conduta seja aceita, muito menos estimulada. A conduta continuará vedada, apenas ela não será tratada como fato típico penal, como crime. É o que fez Portugal. Portugal instituiu o que eles chamam de Comissões de Dissuasão.

O que são as Comissões de Dissuasão? são uma espécie de junta, composta por um jurista, um psicólogo e um assistente social — três profissionais. Qual é a competência das Comissões de Dissuasão? No Brasil, é aquela que atribuímos aos delegados de polícia, que não têm formação, que não têm sensibilidade para o assunto, que não vão tratar o assunto de maneira conveniente. Uma coisa é colocar um jovem desse numa delegacia de polícia; outra coisa é colocá-lo na frente de uma junta de profissionais, treinados, capacitados para lidar com aquele tipo de problema. Repito, existem lá jurista, um psicólogo e um assistente social.

Em Portugal, nós visitamos uma comissão dessas. Eles nos falaram sobre a experiência exitosa. O que acontece? Primeiro, eles têm competência sobre determinado território. Então, eles passam a conhecer os problemas, quem são aqueles que realmente precisam da atenção do Estado.

Segundo, pela legislação portuguesa, quem tem posse de droga para um consumo de até 10 dias não será preso por isso. Mas como se calcula isso? Eles têm uma tabela; para cada tipo da droga há a quantidade respectiva. Se é maconha, a tabela mostra os gramas para o consumo próprio de até 10 dias e assim por diante. Se a Polícia prende alguém que está consumindo, procura determinar quantos gramas eram. Se passou do limite estabelecido na tabela respectiva para o consumo de até



10 dias, ele vai para a esfera penal, vai responder criminalmente, ele é considerado um traficante e não um usuário. Se a quantidade está dentro do limite estabelecido na tabela, ele é tratado pela Comissão de Dissuasão; ele não vai ser apresentado à Polícia, ele vai se apresentar para essa junta de profissionais, que vai entrevistá-lo, que vai sugerir tratamento, que vai falar com a família, que vai dar àquele jovem ou àquela jovem o tratamento individualizado e humanista sem o qual, dizem todos os especialistas, não há solução. Na Comissão de Dissuasão, ele vai encontrar o aconselhamento, acompanhamento do Estado. Inclusive, eles suspendem o processo, se o usuário se dispõe a se tratar. Se o jovem ou a jovem — digo o jovem ou a jovem porque a maioria é dessa faixa etária — se dispõe a se tratar, eles suspendem o processo. e se ele não reincidir, se ele não voltar à Comissão num prazo que varia de 6 meses a 1 ano, o processo é arquivado e apagado, ou seja, não vai ficar nem vestígio de que um dia ele consumiu droga. Isso é importante para efeitos da sua reinserção, reabilitação social. Então, lá, a juventude, ou quem experimenta a droga ou está no início do caminho da drogadição, tem a oportunidade e o apoio que o Estado lhe dá, para que se recupere e se reinsira socialmente, tanto no que diz respeito ao tratamento, ao aconselhamento, como também no que se refere a esse apagamento de qualquer tipo de registro em relação à sua vida. Isso vai ser importante para ele, para depois conseguir um emprego, para uma série de atos da sua vida civil.

Então, eu quero finalizar, Presidente. Eu não sei se, nos nossos trabalhos nesta Comissão Especial, está prevista viagem também para algum país, mas nós não podemos, se essa atividade for feita, deixar de visitar Portugal, no meu ponto de vista. E nós tínhamos que tentar ficar em Portugal um número maior de dias do que nós ficamos — não é, Alceni? —, porque ficamos lá, me parece, três dias, se não me falha a memória. Foi um tempo muito curto para aprender com a experiência deles, que é realmente muito positiva e que se choca frontalmente com a nossa legislação e a nossa maneira de conduzir a política brasileira, no que diz respeito às drogas. Então, eu acho que nós temos muito a aprender com essa experiência de Portugal.

A sugestão que eu faço aos colegas, especialmente ao nosso Presidente, é no sentido de que nós possamos ter a oportunidade de nos aprofundarmos no



estudo, no debate da questão das drogas em Portugal, porque, com certeza, isso será muito útil para os trabalhos da nossa Comissão Especial.

Muito obrigado. (*Palmas.*)

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Agradeço ao nosso Deputado, que foi Presidente da Comissão Externa, Vieira da Cunha.

Quero passar a palavra aqui para o nosso Relator, e também peço à Fátima que comece a fazer a inscrição dos nobres colegas para o debate.

Com a palavra, Deputado Carimbão.

**O SR. DEPUTADO GIVALDO CARIMBÃO** - Eu quero deixar com os companheiros. Parece-me que alguns querem fazer algumas colocações, pelo que nós vimos aqui.

Eu acho enriquecedor, até porque, como eu fiz parte da Comissão também em determinados momentos — eu cheguei do meio para o fim da Comissão —, é como ele colocou muito bem: por acaso, o Bonow não disputava eleição? o companheiro Alcení Guerra não disputava eleição? Então, teve assim um tempo muito mais próprio para fazer esse relatório. Eu cheguei em determinado momento.

Como eu andei um pouco, conheci e convivi também nesta Comissão com os companheiros. Então, eu quero deixar os companheiros fazerem as suas colocações. Mas quero aproveitar a oportunidade para agradecer a todos os companheiros que foram a Alagoas e ao Piauí. Eu acho que foi importantíssima a viagem. Foi uma dimensão, um momento de um outro conhecimento também. Eu acho que estão sendo enriquecedoras para nós, Parlamentares, várias experiências, como a da saúde, nesta palestra de hoje; e, no acolhimento em Alagoas, como também foi no Piauí, listamos os CAPS. Enfim, eu acho que foi importantíssimo.

Quero agradecer àquela delegação que foi a Alagoas e ao Piauí. Fiz o que pude, naturalmente, em Alagoas. Espero ter correspondido com os companheiros no Estado de Alagoas. E, sem dúvida, agradeço à Iracema e ao Senador Wellington Dias, no Piauí. E acho que foi assim muito bom para nós.

Então, muito obrigado. De minha parte, me coloco à disposição para as perguntas dos companheiros.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - O próximo orador é o Deputado Fabio Trad.



**O SR. DEPUTADO FABIO TRAD** - Sr. Presidente, em primeiro lugar, preciso publicamente me justificar antes que o Relator me crucifique aqui. Eu estou como coordenador do seminário em Mato Grosso do Sul, e, como fico aqui de segunda a quinta-feira, eu dedico sexta e sábado, sobretudo, para organizar o seminário. E avançamos muito neste último final de semana, de maneira que publicamente peço mais uma vez escusas ao nobre Givaldo Carimbão, Deputado comprometido com esta causa, que é a causa de todos os brasileiros.

E, em virtude disso, peço deferimento! *(Risos)*.

Sr. Presidente, eu saúdo e louvo as duas palestras.

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Eu quero subscrever o teu requerimento e me desculpar também com o Relator. *(Risos.)*

**O SR. DEPUTADO FABIO TRAD** - Decisão irrecorrível — não é? —, uma vez que, tanto o nosso querido Alcení Guerra...

**O SR. DEPUTADO GIVALDO CARIMBÃO** - É um perdão de reunião plenária. São todos! *(Risos)*.

**O SR. DEPUTADO FABIO TRAD** - ...amigo de meu pai, Nelson Trad, que foi Deputado por 5 mandatos aqui na Casa, e o Deputado Vieira da Cunha esclareceram, de forma a não deixar dúvidas, a respeito das vicissitudes da drogadição em experiências em alguns países da Europa.

A minha pergunta, como eu cheguei logo no meio da palestra do eminente ex-Deputado Alcení Guerra, se dirige ao Deputado Vieira da Cunha. Evidentemente, se ele quiser complementar, tem toda a liberdade para fazê-lo.

Existe algum estudo técnico científico que comprove que, com a descriminalização do uso da maconha, há uma explosão de consumo?

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Segundo eles, foi o contrário. E ele, inclusive, apresentou os números para nós, quando esteve aqui, a nosso convite, em julho, no nosso seminário internacional.

Eu vou me referir a esses números porque são eloquentes.

Diz aqui: avaliação do impacto da política de descriminalização — foi feito o estudo de 2001 a 2007.

Prevalência de consumo na população jovem entre 15 e 24 anos. Era de 8,3% em 2001 e caiu para 7% em 2007.



Tem outras faixas da população.

Taxas de continuidade de consumo para qualquer droga, exceto heroína, na população em geral: depois de se adotar a política de descriminalização, baixou de 44% para 31%. Na população jovem ou adulta, de 15 a 34 anos, baixou de 52% para 40%. E, na população entre 15 e 24 anos, baixou de 67% para 45%.

Então, esses são os números que o Presidente do Instituto da Toxicodependência de Portugal, Dr. João Goulão, nos trouxe como resultado de uma avaliação oficial. São números oficiais do Governo português na avaliação da política entre os anos de 2001 e 2007.

**O SR. DEPUTADO FABIO TRAD** - Ao ex-Deputado Alceni Guerra: em Portugal, existe experiência relacionada à comunidade terapêutica?

**O SR. ALCENI GUERRA** - Deputado Fabio, essa é uma presença marcante em toda a Europa. Toda a Europa tem comunidades terapêuticas de reabilitação bem financiadas, bem apoiadas. E acho que hoje, em se falando de reabilitação, é a nossa diferença mais crucial em relação a todos os países que nós visitamos. Há um grande programa de reabilitação, com comunidades de reabilitação.

Complementando o Deputado Vieira da Cunha sobre sua pergunta dos indicadores de usuário de droga antes e depois da descriminalização, sempre que eles nos davam essas estatísticas, nos diziam que, junto com a descriminalização, é preciso vir antes um amplo programa de acompanhamento do Estado nacional sobre o uso. O usuário tem que ser acompanhado. Ele não tem mais nenhum óbice de natureza legal, mas ele precisa ser acompanhado.

O que a Itália fez? o que Portugal fez? o que a Holanda fez? O que fizeram esses países? Retiraram da área da justiça e da segurança, passando para a área da saúde, o acompanhamento do usuário, como disse o Deputado Vieira da Cunha. Na Holanda nos disseram isso, claramente: "Isso é um artifício que nós usamos para acompanhar todos os usuários e não criminalizá-los".

Então, é preciso, antes da descriminalização, um programa nacional efetivo de acompanhamento do usuário.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Nosso próximo orador é o Deputado Nelson Pellegrino.



**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Sr. Presidente, Sr. Relator, primeiro, também tenho que apresentar as minhas escusas ao nobre Relator. Soube que foi um sucesso a visita. V.Exa. tem uma experiência bastante vanguardista, para ser, digamos assim, analisada e reproduzida no Brasil. E esperarei ansioso o relatório da visita ao Estado de Alagoas e ao Estado do Piauí.

Quero saudar nosso colega Alcení. Bem-vindo à sua Casa! V.Exa. aqui foi um Deputado brilhante. Foi Ministro da Saúde também, e que tantas contribuições tem dado ao País, e continua dando, como hoje aqui nesta Casa.

O Deputado Vieira da Cunha, também.

Eu, infelizmente, não peguei o Relatório todo, porque nós ficamos pulando aqui — V.Exa. sabe, porque já foi Parlamentar. Eu tive que ir à Comissão de Constituição e Justiça, porque me chamaram; estive na Comissão de Segurança Pública, porque me chamaram. Então estou pulando. Das três, eu optei pelo tema daqui. E acho que optei corretamente.

Primeiro, porque recebi esse relatório, que lerei com muita atenção. Mas uma coisa que me chamou a atenção, tanto com o Deputado Vieira da Cunha como com o Deputado Alcení, é que a Comissão teve um papel importante para os países, eu diria, do Primeiro Mundo — Itália, os Países Baixos e Portugal. Mas houve também um conjunto de depoimentos; e foi uma série de Estados também.

Mas uma coisa que para mim é interessante — esta a primeira pergunta que eu faria — que já foi feita pelo Deputado, é com relação ao grande debate, hoje, em relação à questão das drogas: é sobre o problema da liberação de algumas substâncias. Porque a relação do ser humano com a droga é uma relação milenar. Desde o tempo em que nós víamos lá o índio fumando cachimbos da paz.

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Só um apartezinho rápido, para dizer o seguinte: em Portugal, não são algumas, são todas as drogas, desde que na quantidade correspondente ao consumo pessoal. São todas, tanto leves, como médias, como pesadas.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** – Pois esta é uma informação, inclusive, interessante, para a qual eu não tinha me atentado. O problema todo não é o uso; é o abuso. Sem falar, evidentemente, que precisamos entrar nos aspectos de algumas drogas que causam prejuízo, dano à saúde, e, às vezes, um prejuízo





irreversível; algumas podem levar até à morte, como qualquer coisa que é consumida em excesso.

A questão central, para mim, primeiro, é isso. Pelo que eu entendi do que disse o Deputado Vieira da Cunha, nos países que adotaram a política de regularização houve uma redução dos índices de criminalidade, porque a tese é de que o comércio ilícito, o comércio ilegal é que gera toda uma cadeia criminosa, a violência, e por aí vai.

É um tema que nós estamos discutindo mundialmente. O ex-Presidente Fernando Henrique Cardoso acabou de dar uma declaração que foi considerada polêmica. Ele deu uma recuada. Mas o Presidente Bill Clinton também declarou, tanto ele como o Calderón, do México, e todos fracassaram nas suas políticas de combate à droga. Esse é um debate extremamente atual, e o Brasil não está fora dessa rota.

Mas a pergunta que eu queria fazer, já que a anterior já tinha sido respondida, é como esses países encaram uma questão que, para mim, é essencial, que é a reabilitação. Gostaria de ouvir tanto a opinião do Deputado Alcení como a do Deputado Vieira da Cunha — como eles enxergam os índices de reabilitação. Essa é a primeira pergunta que eu queria fazer.

Outra coisa: eu observei que a visita foi aos países, digamos assim, de Primeiro Mundo, que têm população de rua, mas que é basicamente de imigrantes; a grande maioria é de imigrantes. A realidade desses países é um pouco diferente da realidade do Cone Sul, onde você tem uma pobreza, uma miséria muito grande. E a droga, ela potencializa, e muito, a pobreza e a miséria. Associar pobreza, miséria e droga, esta é uma associação extremamente perversa.

Então, à luz da realidade analisada nessa Comissão Externa nos países do Primeiro Mundo, o que é que, dessa realidade, pode ser transposto para uma realidade como a do Brasil, que tem uma cracolândia, como nós vimos lá, que tem hoje milhares de pessoas vivendo na rua, populações pobres, negras, excluídas, jovens; e a droga potencializando esses aspectos.

O que é que, dessa realidade, estudada lá no Primeiro Mundo, se aplicaria em termos de políticas aqui no Hemisfério Sul, nesses países que têm uma concentração de pobreza muito grande — muito maior do que a daqueles outros



países —, em que o fenômeno da droga se revela de uma forma muito mais perversa, muito mais impactante do ponto de vista social. E onde as providências e as atitudes para equacionar essa questão são de outra natureza, em relação aos países que têm uma população que está em outro nível, digamos assim.

Então, eu queria saber a opinião sobre essas duas coisas: taxa de ressocialização; e como é essa questão da pobreza e da miséria nesses países; quais são as políticas — porque uma coisa são as políticas de drogas, outra coisa são as políticas de drogas associadas a um problema social gravíssimo!

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Passo a palavra à próxima oradora, e depois nós responderemos em bloco.

Deputada Rosane Ferreira.

**A SRA. DEPUTADA ROSANE FERREIRA** - Primeiramente, eu quero deixar registrado o meu profundo agradecimento, Deputado Givaldo Carimbão, pela forma como nós fomos recebidos por Alagoas e pelo Piauí, e pelo grande aprendizado que foi a nossa estada em ambos os Estados. E o profundo ensinamento que o senhor pessoalmente nos passa, ideologicamente, porque acredita na causa que defende, é muito mais do que política partidária, é política de saúde, é política de espiritualidade; são outras as políticas que o senhor nos mostrou, e eu lhe sou profundamente grata por isso.

Como relação aos Deputados Vieira da Cunha e Alceni Guerra: Deputado Vieira da Cunha, permita-me que eu me dirija mais ao Deputado que é do meu Estado, de quem eu tenho muito orgulho, que foi Prefeito de uma cidade que é uma pedrinha preciosa incrustada no sudoeste do Paraná.

O senhor sempre cuidou da nossa gente — e olha que a questão das drogas começa com a escola integral, que eu defendo. O senhor nunca se afastou dessa história de proteger as pessoas, de proteger e de cuidar da vida das pessoas. E não tenha dúvida: se nós tivéssemos lá, há muito tempo, implementado nossa escola integral, e se ela realmente preparasse os nossos jovens, talvez nós não estivéssemos diante desta realidade que temos agora. Talvez não estivéssemos.

Mas, então, tenho muito orgulho, e lamento profundamente o senhor não estar aqui. O senhor faz muita falta na bancada do Paraná. Não tenha dúvida disso. O senhor é sempre o Deputado Alceni Guerra.



Com relação às perguntas, eu fui muito contemplada pelas colocações do Deputado Pellegrino. Era exatamente o que eu queria perguntar: a questão social, a questão socioeconômica. Porque nós sabemos que o *crack* está em 98% dos Municípios, nós sabemos que ele está em todas as classes sociais; mas não tenham dúvida de que os mais suscetíveis, os mais fragilizados são os mais pobres, os mais sem perspectiva de vida. Esses são os que mais são arrebanhados, e que estão em grande número. Como é que é isso!?

Eu fui muito contemplada, realmente. Eu gostaria de ouvir sobre isso, com base nas colocações e nos questionamentos que fez o Deputado Nelson Pellegrino.

Muito obrigada.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Obrigado, Deputada.

Eu quero também aproveitar para perguntar, tanto ao Alcení Guerra como ao Deputado Vieira da Cunha, a partir da experiência de Portugal e do posicionamento dos dois, mas em especial do Vieira da Cunha, sobre a questão da descriminalização, que se confunde com a da liberação — também existe concordância.

Tendo em vista a nossa lei de 2006, eu pergunto, sobre a “despenalização”: se nós avançarmos, do ponto de vista de tipificar também o consumo, o volume, a droga, e até, também, com algumas penas diferenciadas para algumas substâncias, nós não estaremos muito próximos do modelo português? Ou será necessário mudar a lei nesse sentido?

Ou será que não seria só a descriminalização acompanhada; evidentemente, tirando-se do contato do usuário essa relação com os delegados, com o Poder Judiciário, e repassando isso para as autoridades da saúde pública — no caso, como existe lá, com uma junta com psicólogo, assistente social e jurista.

Qual seria o caminho nesse sentido?

A minha preocupação: evidentemente, eu percebo que, com o filme, o documentário quebrando tabu, na verdade, eu tenho a impressão de que a repercussão, o impacto, tanto nesta Câmara, como também na sociedade, tenho a impressão de que nós correríamos, lamentavelmente, um risco enorme, ao tentar avançar mais a legislação, do ponto de vista de ter retrocesso, de tratar o usuário mais como criminoso, do que avançar do ponto de vista da descriminalização.



Talvez, também, por ser uma legislação de 2006, nós poderíamos avançar mais na consolidação dessa legislação. E, no que eu concordo plenamente com o Deputado Alcení Guerra, criar uma rede de prevenção, de tratamento, de reinserção. Lamentavelmente, o Brasil ainda está muito frágil, do ponto de vista dessa rede articulada, integrada, sistêmica; porque, na verdade elas não dialogam entre si, e também não existe financiamento público para tal.

Essa seria a minha pergunta.

Passo a palavra, então, ao Deputado Vieira da Cunha, e, depois, ao nosso Deputado Alcení Guerra.

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Bom, em primeiro lugar, quanto à questão da taxa de ressocialização, Pellegrino, nós não chegamos a... Eu, pelo menos, não me apropriei de dados objetivos sobre isso...

*(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)*

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Especificamente sobre isso, não. Nós tivemos um enfoque maior na questão da reabilitação, da ressocialização e da reinclusão social na Itália, onde nós inclusive visitamos uma das maiores instituições, em Roma, que é a Villa Maraini, salvo engano, cujo diretor é o Dr. Massimo Barra. Ele esteve no Brasil, quando do nosso Seminário Internacional, preside uma entidade ligada à Cruz Vermelha internacional e faz esse trabalho. Ele tinha, quando nós visitamos a instituição, no ano passado, cerca de 700 internos e não internos; quer dizer, 700 pessoas sob os cuidados da sua instituição.

Eu quero repetir o que disse o Alcení: o que nós vimos lá, ao contrário daqui, é que as entidades recebem apoio estatal, recebem condições, recebem apoio, recebem recursos, para dar conta dessa tarefa de reinclusão. De uma maneira geral, pelo menos eu não ouvi, Alcení, as queixas que nós ouvimos aqui são de falta de apoio. Porque temos ouvido, na nossa Comissão Especial, direções de comunidades terapêuticas, chamadas assim, no Brasil, que aqui comparecem e são unânimes em se queixar de falta de apoio.

Agora mesmo, quanto a esse recurso que foi anunciado, do Plano de Enfrentamento ao Crack, de mais de 400 milhões, as entidades simplesmente não conseguem acesso a ele pelas exigências que estão no edital.



Então eu acho que esse é um dos nossos desafios, Reginaldo, que temos de enfrentar. Não adianta ter um Plano de Enfrentamento e recursos disponíveis, se quem está na ponta não consegue acessá-los. A realidade hoje é esta: o recurso existe, mas é inacessível. Então é como se ele não existisse, já que ele não pode ser usufruído por quem está fazendo o trabalho.

Quanto a essa questão de Primeiro e Terceiro Mundo, eu disse, na minha exposição, que isso tem que ser adaptado à nossa realidade, evidentemente; mas os princípios podem muito bem ser abraçados por nós, aqueles a que me referi, do pragmatismo, do humanismo, das respostas integradas...

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Deputado, refiro-me a que, provavelmente, deve haver população de rua nesses países.

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Sim, há.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - E, basicamente, de imigrantes. Na grande maioria de imigrantes, que são ilegais, etc. e tal. Deve existir um problema muito semelhante ao que temos com a população de rua aqui, que não é de imigrantes, mas de pessoas que estão à margem da economia, à margem da sociedade. Então, como é o tratamento nesses aspectos? Acho que aí isso pode se assemelhar à realidade brasileira.

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Nós tivemos contato com uma estudante de doutorado, na Holanda, que estava na linha de frente — não é, Alcení? — desse trabalho. Ela estava fazendo uma pesquisa de campo e tratando com essa população de rua nos Países Baixos.

Claro que a diferença é enorme, a começar pela estrutura pública de atendimento a essas pessoas. As pessoas recebem, realmente, o tratamento; e o recebem lá, onde estão, porque muitas delas não querem sair da rua. É uma população de rua, e muitas pessoas, por opção, querem ficar por lá. Então o Estado foi até elas. Eles têm uma rede de atendimento a essas pessoas, inclusive locais em que elas podem, com acompanhamento médico, usar a droga. Eles têm espaços públicos em que as pessoas usam droga sob assistência e acompanhamento médico. É uma realidade totalmente diferente da nossa. Nesse aspecto, tu tens toda a razão: é totalmente diferente da nossa, porque lá há uma estrutura pública gratuita de atendimento, o que nós não temos no Brasil.



Essa estudante está fazendo esse curso na Universidade de Haia, salvo engano, e deu o seu depoimento maravilhada pela maneira como os Países Baixos lidam com essa questão. Eles não aceitam o rótulo de libertinagem, muito menos de não ter uma política de tratamento com relação à droga. O que eles dizem é que têm uma política humanista, pragmática, a exemplo de Portugal.

Quanto a essa questão que foi colocada aqui pelo nosso Presidente, da descriminalização, repito que o nosso grande problema é que aqui se confunde descriminalização com liberação. Não tem nada a ver descriminalização com liberação. Mas é por isso que as pessoas são contra, de uma maneira geral, porque pensam que se vai liberar geral, para usar uma expressão da nossa juventude: *“Ah! liberou geral!”*.

Não é assim. Se uma pessoa está fumando em Portugal, ela vai ser conduzida. A diferença é que ela não vai ser conduzida a uma delegacia de polícia; ela vai ser conduzida, como eu disse, para essa comissão de dissuasão. Dissuasão, por quê? Vem do verbo português dissuadir. Ela vai ser convidada a sair daquilo, vai ser convencida, persuadida a ter um outro padrão de vida.

**A SRA. DEPUTADA ROSANE FERREIRA** - Permita-me um aparte, Deputado Vieira.

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - É nesse aspecto que eu acho que está a grande diferença. Por isso é que eu digo que esse é um exemplo que nós deveríamos seguir.

**A SRA. DEPUTADA ROSANE FERREIRA** - Mas esse não é o nosso caminho natural? Isso não acontece hoje até por falta de... Isso já não é o que nós estamos, teoricamente, fazendo?

Nós conversávamos, no DENARC, em São Paulo, sobre isto: a cada incursão que eles fazem a uma cracolândia, sabem que todos consomem, mas o que está consumindo é o usuário, que não é criminalizado.

Então, esse não é também um caminho que estamos perseguindo? Eu estou provocando porque eu quero ouvi-los mais. Concordo com as suas falas, mas só que nós precisamos de muito argumento.

Acabo de participar hoje, pela manhã, de uma sessão solene maravilhosa em homenagem à Igreja Assembleia de Deus, com o plenário cheiíssimo! Em



determinado momento, houve uma superexposição da postura do ex-Presidente Fernando Henrique Cardoso e até uma crítica muito colocada com relação a essa proposta de descriminalização do uso. Então nós temos de estar muito preparados para esse enfrentamento.

Como Deputada do Partido Verde, vocês não imaginam o que eu enfrentei, durante a minha campanha, com relação à questão das drogas. O que o adversário político colocava com relação à política do ex-Deputado Fernando Gabeira e o que eu recebia.

Então, quando eu provoco é no sentido de obter mais argumentos, porque eu concordo com isso.

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Sim, aceito a provocação. Isso é bom porque nós estivemos juntos em São Paulo. E o que o Delegado nos falou? Que eles enxugam gelo — foi esta a expressão que ele usou: *“Deputado, eu estou aqui enxugando gelo!”* Porque eles o recolhem, levam-no para a delegacia, e no outro dia ele está na rua de novo, no mesmo local.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Deputado...

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Então, não é questão de polícia. Enquanto nós não colocarmos na nossa cabeça que este não é um assunto para a polícia tratar, nós vamos continuar enxugando gelo, ou, no máximo, nós vamos substituir aqueles por outros, por eles vão migrar para um outro local.

Tu me perguntastes: “Não é o que nós estamos fazendo no Brasil?”. Não, não é. O que nós estamos fazendo no Brasil? Em relação ao usuário, se ele está com uma pequena quantidade, ele fica lá, jogado, sem assistência, sem uma porta para bater, sem um profissional habilitado para tratá-lo. Isso é o que acontece.

Nesse aspecto, no Brasil não há descriminalização. Embora a legislação tenha avançado — e concordo com o Reginaldo, a nossa lei atual é muito melhor que a anterior —, a pessoa, em tese, não vai para a cadeia, mas recebe outra pena.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - O usuário é o paciente, e o traficante é o criminoso.

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Ele recebe pena restritiva de direitos, obrigação de prestação de serviços à comunidade, mas recebe pena. Então, ele entra no cadastro de criminosos, é considerado como tal, recebe uma



pena, que pode não ser restritiva de liberdade, é verdade, mas ainda é uma pena. Em Portugal, não. Em Portugal, como eu disse e repito, eles chegam a apagar o processo; eles dão a oportunidade para que a pessoa, efetivamente, possa ressocializar-se, reinserir-se socialmente. Fica-se até sem registro. Se ele se dispõe a se tratar e se ele não reincide, desaparece da vida dele aquele registro. Não é ilícito penal, tampouco isso fica registrado em lugar algum. Ou seja, é uma oportunidade real para que ele se ressocialize.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Mas aí, Deputado Vieira, é no caso de usuário. E no caso de traficante?

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Caso de usuário.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Traficante, não?

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Não, traficante é uma outra história. Quanto ao traficante, há um consenso internacional de a Justiça reprimir com rigor.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Porque é um criminoso.

Agora tenho mais uma questão que V.Exa....

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Como faz a nossa legislação, aliás.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Permita-me, Deputado, sem querer universalizar e dialogando: eu não fiquei até o fim da audiência em São Paulo, mas dela peguei uma boa parte. Saí porque eu tive de voltar para Salvador.

Parece-me que não foi mostrada lá uma experiência. Quando a Comissão for à Bahia, eu estou me dispondo a mostrar. Porque existe essa experiência lá dentro, o que acho interessante. Não é a única, mas serve também como estratégia. É a cristolândia. Eles não falaram da cristolândia lá para nós. No vídeo que eles nos mostraram, vemos algumas pessoas servindo alimentos. São os crentes...

Então há uma experiência muito interessante, e, quando a Comissão for à Bahia... Aquele pessoal está com uma experiência no centro histórico de Salvador, que é o que queremos mostrar: uma espécie de cristolândia dentro da cracolândia, que nós queremos mostrar aos senhores. É uma experiência vitoriosa com relação a apoio, acolhimento, tirar pessoas do vício, etc.

Na minha opinião, essa é uma questão essencial. A questão é a seguinte: a droga é um problema não só social, mas também psicológico; é um problema da alma e da condição social. Se não houver uma estrutura de retaguarda para tratar





socialmente o problema que é social e tratar psicologicamente o problema que é psicológico, e, às vezes, as duas situações juntas, não adianta. É enxugar gelo, realmente. Este é o grande debate. E há experiências que são muito vitoriosas no Brasil, como a de V.Exa., em Alagoas. São experiências do setor público, do setor privado, do terceiro setor.

Acho que este é o grande caminho: a retaguarda. Não adianta só tirar da rua, não adianta. Isso diz respeito ao que o delegado falou: nós prendemos esse pessoal, e eles saem antes da gente, que estamos de plantão. Porque, o que acontece? O cara é indiciado, responde, e vai responder em liberdade. E ainda tem que se concluir o inquérito. Então o usuário sai antes, e o policial sai depois.

A retaguarda é uma questão fundamental. Eu acho que este é o grande problema que nós temos no Brasil: não há retaguarda.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Tem a palavra o nosso Deputado Alceni Guerra.

**O SR. ALCENI GUERRA** - Deputada Rosane, eu fiz todos os elogios à Cida Borghetti antes de V.Exa. chegar, e sou obrigado a dividir um pouquinho com você os elogios que fiz a ela! *(Risos.)* Eu quero lhe dizer numa frase: acho que o Paraná mandou para Brasília neste ano três extraordinárias mulheres...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - E nós agradecemos! *(Risos.)*

**O SR. ALCENI GUERRA** - ...que fizeram um grande trabalho no Paraná: V.Exa., a Deputada Cida e a Ministra Gracie.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - O Paraná está no poder, não é Deputado? *(Risos.)*

**O SR. ALCENI GUERRA** - Vou lhe responder rapidamente, Deputada, sobre esse drama que aflige V.Exa., sobre como é que a droga atinge as camadas sociais menos favorecidas social, econômica, cultural e educacionalmente.

Eu fui ao Mato Grosso exclusivamente por causa de uma manchete de jornal, para ver se aquela manchete era verdadeira, se aquilo era verdade: os catadores, os manuseadores de lixo estavam trocando lixo por *crack*!



**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Na Bahia, nós temos uma experiência lá no Centro Histórico: o cara vem, traz o ferro-velho, o papelão, e o cidadão compra. Em troca, dá a pedra.

**O SR. ALCENI GUERRA** - Quer dizer, na parte mais baixa da pirâmide social, a de catador de lixo, a pessoa tem acesso ao *crack* vendendo ferro-velho, vendendo qualquer coisa para adquirir a droga.

Voltando a Curitiba, eu passei a observar que o mesmo menininho estava sempre no mesmo lugar, ali perto do Shopping Cristal, pedindo dinheiro, quando o meu carro parava. Eu passei a dar dinheiro para ele até conquistar a sua confiança e manter um papo com ele. Como eu era benevolente com ele, quando eu fui falar com ele fui bem recebido. Comecei então a perguntar quanto ele ganhava, qual era a hora que ele ganhava mais, quanto ele ganhava por dia. E anotei, na saída, no meu celular, que ele ganhava por hora o suficiente para comprar *crack* para um dia inteiro. Quer dizer, por mais baixa que seja a atividade econômica de um adolescente brasileiro, ele consegue acessar o *crack*. Então esse é um dos exemplos que me influenciaram muito. E eu vou complementar com um outro ainda mais terrível.

Quando é que eu realmente resolvi me dedicar ao estudo do *crack*? Vendo a televisão RBS em Porto Alegre, assisti a uma mulher, cujo primeiro sobrenome é de uma família que eu conheço, famosa, de descendentes de ingleses, e com sobrenome final de descendentes de alemães, que são muito comuns; é uma colônia grande. E ela dizia assim, com um olhar parado, com uma face parada: *“Sim, eu sei que eu errei, eu sei que cometi um crime. Mas eu matei o meu filho porque eu o amava. Matei para o bem dele”*. Uma mãe da alta classe social. O Ministério Público recentemente pediu a absolvição dela, e ela foi absolvida. O processo foi encerrado. Mas, vendo aquela mulher assim, com um olhar gélido, de quem devia estava sofrendo realmente muito, ao dizer que tinha matado o filho por amor a ele, imaginei a que ponto tinha chegado o relacionamento mãe e filho e quanto o *crack* tinha desintegrado a mente do menino para ele fazer as loucuras que levou a mãe, que o amava, a matá-lo. Então, nas três classes sociais o *crack* ficou de fácil acesso — e por quê? Porque está em todos os lugares. Alguém disse aqui que chega a 98% dos Municípios brasileiros. Eu gostaria de conhecer os 2% dos Municípios em



que não há *crack*. Acesso fácil, barato e com um efeito, como eu mostrei, fulminante, em 8 segundos, que passa em 5 minutos, e com cinco a seis vezes maior pico plasmático do que qualquer outra droga — é o *crack* inalado. Então, ele já atingiu todas as classes sociais.

Quanto à indagação de V.Exa., eu termino fazendo um apelo e lembrando o Deputado Vieira da Cunha de uma promessa que ele me fez e que não a vi cumprida ainda. Eu apresentei uma emenda de educação integral, a Emenda nº 134. Nós a tivemos aprovada numa Comissão Especial, e o Deputado Vieira da Cunha, com o vinho que eu lhe brindei em Portugal, me prometeu que assumiria a tarefa de levá-la a plenário. Eu quero pagar a outra garrafa de vinho — ouviu, Deputado?

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Tenho me esforçado para isso!  
(Risos.)

**O SR. ALCENI GUERRA** - Queremos implantar a nossa educação integral.

Deputado Nelson Pellegrino, eu vou lhe dar uma estatística, para o senhor não dormir hoje à noite: os melhores índices de reabilitação dos melhores países que eu vi... Porque todos me deram índices muito preocupantes, o que me deixou arrasado, até porque, junto com esses índices, há um exemplo que colocou aqui o Deputado Osmar Terra no ano passado, ao dizer, como ex-Secretário de Saúde do Rio Grande do Sul — e eu posso dizer para vocês, porque eu acompanhei — que a cada hora, morre no Brasil um usuário de *crack*. A cada hora! Ele disse isso aqui. Ele até disse assim: “...cerca de um a cada hora”. Pois bem. Os melhores indicadores de reabilitação que eu vi eram de 55%. São os mesmos indicadores que Frei Hans, da Fazenda da Esperança, usa: 55%. E eu fui me debruçar sobre isto. Por que só 55%? Será que estamos condenando 45% à morte? Porque principalmente o *crack* leva inevitavelmente à morte com o passar de pouco tempo.

Estudando, principalmente, na Itália, em Portugal, na Holanda, e também muito na Argentina e no Chile — e disse-me a Nora Walker que nos Estados Unidos não existe isso; mas lá o poder aquisitivo é outro —, vi que durante o processo de reabilitação, que leva cerca de 1 ano, e o processo de ressocialização, que pode levar de 5 a 10, é necessário um acompanhamento médico. E aí vou tentar falar em linguagem parlamentar, Osmar, e não em linguagem médica. A droga, qualquer droga, quando chega ao cérebro, impede que os neurônios, que a membrana



absorva a dopamina. E a dopamina liberada na corrente age com um efeito hiperestimulante, euforizante, conforme a quantidade dela. O que a nicotina faz? Libera um pouquinho de quantidade de dopamina, que passa em seguida. Ela é reabsorvida. A pessoa precisa fumar de novo. A nicotina também faz isso. O álcool, um pouco mais. A cocaína e a heroína liberam grandes quantidades de dopamina que ficam circulando. Para ter-se a certeza de que, 10 anos depois, o usuário de droga não voltará — ter certeza, não, mas a esperança de que ele não voltará ao uso de droga —, é preciso substituir a droga por um medicamento. Mas ocorre que eles não têm dinheiro para comprar.

Nós pagamos coquetéis. Eu citei aqui, com muito orgulho, que fui eu quem começou a distribuição gratuita de medicamentos para o coquetel para o vírus da AIDS. Nós gastamos 1 bilhão e 300 milhões de reais do Ministério da Saúde por ano para sustentar os coquetéis de 280 mil brasileiros, com muito orgulho. É um programa que no mundo inteiro serve de exemplo. Os neurolépticos necessários, Deputado Osmar e Deputado Dr. Paulo César, de que precisamos para impedir a volta ao consumo de uma droga, são de custo muito mais barato. Nós podemos, com o dinheiro do SUS, tratar esse milhão de usuários de *crack* que temos em definitivo. Definitivamente! Nós podemos, nós temos dinheiro no SUS para isso. É preciso apenas um pouco de vontade política. Acusar o Ministro de não querer fazer?! Não! Está nos faltando informação, debate, construção da nossa casa de reabilitação.

Para terminar, a esperança eu vi na Nora Volkow, bisneta do Trotski, que dirige um programa nos Estados Unidos, no Dr. Kalina e na exposição de que se está começando um teste de vacina em seres humanos, que já foi feito em ratos.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Só para entender, Deputado Alcení. Essa dependência química é gerada por fatores biológicos, ou existem determinados seres humanos que já têm propensão à depressão, esse negócio todo, e vão para a droga buscar, digamos assim, um conforto que a vida não lhes dá, acabando também como dependentes químicos?

Parece que em todo processo de desintoxicação se limpa o organismo, e a dependência passa a não ser mais química, pode ser psicológica. Essas pessoas teriam que voltar a ser acompanhadas? Vou usar um outro termo, embora não seja



médico — minha formação é em Direito. Grosseiramente, essas pessoas, depois de deixar a dependência química, como têm um problema psicológico, teriam que tomar um medicamento que lhes desse esse conforto químico que elas não têm? É uma espécie de tratamento químico para não dependerem de outro tipo de droga? Queria uma opinião sua sobre isso.

**O SR. ALCENI GUERRA** - Vou relatar um pequeno desgosto que eu tive ao fazer uma exposição na sua terra, Salvador, em dezembro, num seminário dirigido pela então Deputada Lídice da Mata, com a Universidade Federal da Bahia. Eu apresentei um estudo de um desses cientistas com quem me reuni no mundo inteiro. Esse estudo dizia que a marca no neurônio do desejo da droga ficava pelo resto da vida. Não sei se cometi ou não o deslize de dizer o que tinha me dito um cientista: é para sempre, e se transmite geneticamente para o descendente. Esse cientista tinha comprovado, já no recém-nascido, as mesmas imagens neurológicas que o pai tinha mesmo depois de deixar de ser viciado. Quer dizer, passava. E um cientista de São Paulo me contraditou, dizendo que isso era uma aberração, que o cientista que havia me ensinado isso não entendia de transmissão genética e que eu estava cometendo um erro. E eu voltei ao primeiro cientista, para que ele me dissesse algo. E ele me disse: *"Olha, doutor — ele estava falando em espanhol —, acho que realmente o senhor se precipitou, porque nós estamos pesquisando isso. Eu tenho um farto material para mostrar que as lesões neurológicas que existem devido a uma droga ou a um remédio existem também nos filhos dos ex-usuários. Mas eu ainda não publiquei o trabalho e eu preciso me convencer mais disso"*.

Então, eu também recuei. Perguntei a ele se, observadas várias gerações, os antecedentes, em havendo algum alcoólatra na família, ou um usuário de algum tipo de droga, como nicotina, o filho teria essa tendência. E ele me respondeu com aquela clássica frase em espanhol: *"A ver"*. Quer dizer, eles têm dúvida se nós não temos uma propensão herdada de ex-usuários que nos antecederam no tempo, parentes...

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - No caso do álcool, parece que já existem estudos bem avançados.

**O SR. ALCENI GUERRA** - É, eles me disseram assim: *"A ver"*. Então, vamos esperar que eles vejam melhor isso.



Mas, terminando, Deputado Nelson Pellegrino, quero estimulá-lo a encarar essa necessidade que temos de reabilitação. Todos nós que estudamos o *crack* — o Deputado Osmar Terra me segue nessas estatísticas — concluímos que já existe mais de 1 milhão de usuários dessa droga no Brasil. Se estamos falando, quanto à reabilitação, em 55%, no máximo, estamos dizendo que 45% desse contingente de mais de 1 milhão está condenado à morte em curto prazo.

Então, o nosso esforço tem que ser, sim, para modificar o nosso sistema de reabilitação, aplaudindo, de coração, de ventrículo esquerdo, essas duas mil entidades autossustentadas que no Brasil fazem reabilitação, geralmente ligadas a igrejas, católicas ou evangélicas. Mas precisamos entrar nessa reabilitação com dinheiro do nosso orçamento, com programas, e isso está a cargo dos senhores.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Se V.Exa. me permite, inclusive, esta Comissão tem dialogado...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Há mais dois Deputados inscritos.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Serei rápido.

Encontrei, na semana passada, com a Dra. Paulina, com quem tenho dialogado muito sobre a necessidade de alterar a resolução da Vigilância Sanitária relativamente à caracterização das comunidades terapêuticas, para que elas possam se habilitar a receber recursos, e ela falou sobre 20 mil vagas aproximadamente nas comunidades terapêuticas. Então, está sendo trabalhada uma modificação da resolução, o que permitirá uma flexibilização para que essas comunidades terapêuticas possam receber recursos públicos.

**O SR. ALCENI GUERRA** - Parabéns, Deputado. A grande queixa das comunidades é a interferência da Vigilância Sanitária no trabalho delas.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Está sendo trabalhada uma resolução. Nós estamos trabalhando, na Bahia, no Conselho Estadual de Entorpecentes, e ela me informou também que está sendo trabalhada pela SENASP uma alteração dessa resolução.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Obrigado.

Vamos ouvir as duas últimas oradoras, as Deputadas Carmen Zanotto e Célia Rocha.



Com a palavra a Deputada Carmen Zanotto.

**A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO** - Obrigada, Sr. Presidente.

Eu quero cumprimentar o Presidente Reginaldo Lopes e todos os Deputados e Deputadas que compõem esta Comissão Especial.

Eu estou aqui na condição de Parlamentar, mas, como sou do setor de saúde, esse tema me incomoda. Eu vivi isso no meu Município e no Estado.

O Deputado Osmar Terra tem uma belíssima experiência — acho que S.Exa. está inscrito também —, conseguiu avançar, no Rio Grande do Sul, um pouquinho mais.

A minha manifestação ao ex-Ministro e ex-Deputado Alcení Guerra e ao Deputado Vieira da Cunha diz respeito a dois tópicos. Primeiro, as redes. Nós, no Sistema Único de Saúde, não temos essa rede tão integrada quanto desejaríamos. Acho que estamos muito incipientes ainda com relação à Unidade Básica de Saúde, ao papel das equipes do Saúde da Família, do agente comunitário de saúde — quando vai visitar uma casa, que possa levar à equipe de saúde responsável por aquela área a informação de haver um dependente na sua área de abrangência —, ao CAPS, à rede hospitalar e às comunidades terapêuticas. Acho que ainda não temos isso forte em todos os Estados. Há alguns Estados em que esses serviços estão bem mais avançados, mas posso dizer que, ainda no meu Estado, Santa Catarina, estão um pouco isolados, para não dizer bem isolados. Cada um faz a sua parte, na sua área, e não há a referência e a contrarreferência.

Com relação às comunidades terapêuticas, imagino que um dia consigamos isto. Primeiro, que nós, os serviços públicos de saúde, por intermédio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, emitamos RDCs, que são as resoluções da ANVISA, dizendo como devem ser as comunidades terapêuticas. Só que não dizemos quem vai pagar a reforma dessas comunidades terapêuticas para que elas estejam dentro de determinado padrão. Mas não podemos exigir de uma comunidade terapêutica — discutia isso muito com os nossos profissionais da Vigilância Sanitária, e há muita resistência — aquilo que se exige de outras estruturas de saúde. Acho que é preciso realmente adequação.

Eu acredito que precisamos avançar no credenciamento das comunidades terapêuticas que estejam respondendo a determinado critério sanitário. Precisamos



ponderar que não são todas as comunidades terapêuticas existentes que poderão ser credenciadas, mas sim aquelas que estejam atendendo a determinado critério básico. E o critério básico é atender aquilo que é possível, não aquilo que desejaríamos ter. É preciso considerar o mundo real. Não adianta querer exigir aquilo a que as comunidades não terão condições de dar resposta.

Portanto, refiro-me a credenciar essas comunidades terapêuticas, como se credenciam leitos para tratamento dos pacientes do SUS nos hospitais filantrópicos credenciados ao Sistema Único de Saúde.

Por que credenciar essas comunidades terapêuticas? Porque, nesse caso, nós podemos assegurar a referência e a contrarreferência. O paciente passou por uma unidade hospitalar, foi desintoxicado, mas ainda precisa de um período grande de manutenção: 90, 120 dias. Ele iria para as comunidades terapêuticas. Tendo alta da comunidade terapêutica, conforme o seu período — algumas comunidades defendem 6 meses, 9 meses, 1 ano —, ele iria para os CAPS. Nos CAPS, num primeiro momento, em dois turnos, manhã e tarde, de segunda-feira a sexta-feira; depois, a periodicidade iria sendo diminuída, mas ele teria a manutenção dos serviços de saúde.

Eu acho que essa política mais consistente é que é necessária para todos os dependentes de *crack* e de outras drogas.

Dentro das comunidades terapêuticas, nós também precisamos avançar na equipe multidisciplinar mínima, não aquela equipe multidisciplinar que é impossível também de a comunidade manter. É preciso que haja uma equipe mínima, que, inclusive, fosse o elo entre a comunidade terapêutica e os serviços de saúde.

Eu acredito muito em que precisamos avançar no financiamento das instituições hospitalares com relação aos pacientes.

Então, eu queria pedir aos palestrantes da tarde de hoje, aos dois Deputados, que digam como veem a questão desse credenciamento, quanto às normas do Sistema Único de Saúde mesmo, para que esses serviços sejam mais dos gestores municipais e estaduais, não no sentido de propriedade deles, mas de participação relativamente a essa rede do SUS. O poder público cobra a resposta da comunidade terapêutica dentro das normas, mas a grande maioria não tem apoio financeiro.





**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Obrigado, Deputada Carmen Zanotto.

Os Deputados Celia, Osmar e Leonardo se pronunciarão. Depois, passarei a palavra aos senhores.

Com a palavra a Deputada Celia Rocha.

**A SRA. DEPUTADA CELIA ROCHA** - Vou encurtar a minha intervenção, porque ainda há muitas pessoas querendo falar e a manifestação da minha amiga já me contemplou em vários aspectos.

Quero saber qual é o percentual de usuários de *crack* que precisam desse tratamento, como o Dr. Alcení Guerra apresentou. Parece-me que eles precisam de um coquetel que retira aquela obsessão por essa droga. Enfim, eles deixam de usar essa droga, e vão tomar muita droga de manhã, de tarde e de noite para que não tenham a compulsão de buscar outra vez o *crack*. Qual é o percentual de drogados que precisa disso? Qual é o percentual que poderia ir diretamente para uma comunidade terapêutica?

A comunidade terapêutica, como nós tivemos a oportunidade de ver, não utiliza remédio. *“Está tomando algum remédio?” “Não.”* É só espiritualidade mesmo. Ou é Deus, ou é Jesus. Seja evangélico seja católico, é Deus. É Deus e aquela fé. E já ouvi aqui também que deve haver tratamento médico durante a vida toda. O acompanhamento tem que ser de 1 ano na comunidade, o acompanhamento é para sempre, e é preciso também que se tome o remédio durante muito tempo, segundo o Dr. Alcení.

Parece-me algo muito mais grave, muito mais pesado do que eu estava imaginando. Se ele vai para uma comunidade terapêutica, mesmo que ele fique lá durante 1 ano, mas não tem acompanhamento médico, não toma remédios, não conta com o acompanhamento de uma equipe multiprofissional, dificilmente vai sair disso.

Ouvimos depoimentos dessas comunidades terapêuticas. Será que eles não eram usuários de *crack*, e sim de álcool ou de outras drogas? Eu acho que agora eu me confundi. Há perda da função do córtex. A sensação que eu tenho é de que são destruídos aqueles neurônios. Então, não é uma comunidade terapêutica somente com a Palavra de Deus que vai resolver esse problema.



Eu agora estou meio perdida, sim. Acredito que o caminho seja esse que ela falou. É preciso haver hospital psiquiátrico, desintoxicação. Depois disso, há o CAPS-AD, a comunidade terapêutica, com uma equipe multiprofissional, o acompanhamento de um médico durante anos e anos.

Eu queria entender com mais clareza essa questão, porque isso agora me confundiu o juízo. (*Riso.*)

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Com a palavra o Deputado Osmar Terra.

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Quero cumprimentar o Deputado Vieira da Cunha pelo trabalho que realizou na Comissão de Seguridade. Foi muito importante. Há aqui um relatório que espelha bem isso.

Cumprimento ainda o nosso querido Alcení Guerra, essa figura maravilhosa da área da saúde, gestor público. Trouxe uma contribuição também extremamente importante.

Eu queria apenas abordar algumas questões. O Deputado Nelson Pellegrino fez uma pergunta para o Alcení. Eu queria ajudar a responder essa sua pergunta, Deputado Nelson.

Na verdade, estamos falando aqui de uma substância química que altera fisicamente o cérebro. Não é apenas algo espiritual. A mente não é separada do corpo, ela depende do funcionamento dos neurônios. Se não houver neurônios, ela não funciona. Os neurônios funcionam em rede. Nós temos 100 bilhões de neurônios, que, com estímulo do meio, interagem o tempo todo. Cada vez que alguém vê uma coisa, cada vez que alguém sente o cheiro de algo, forma a memória. A memória é feita por novas conexões. Eles ramificam os seus axônios e formam novas conexões entre si, estabelecendo uma rede, estabelecendo um sistema que, ao ser estimulado, evoca aquilo que a pessoa viu.

Enfim, como é formada a memória? Na vida, tudo é memória. Se formos pensar friamente, tudo é memória. A criança aprende formando memória, e essa memória é fixa. Ela leva 6 horas para fixar essas conexões. Ela tem uma memória de trabalho, que é essa memória que estou usando agora para conversar contigo, e daqui a pouco até esqueci o que falei. Mas ela vai formando, com o reforço da área emocional, que amplia o estímulo naquela conexão, vai formando novas conexões e



forma uma estrutura diferente, que, quando há o estímulo ali de novo, evoca aquela imagem diferente, aquele cheiro diferente, aquela sensação de prazer diferente. É aí que entra a droga.

A droga atua na região do cérebro que dá a sensação de prazer. Ela forma uma nova memória de prazer que não tem nada a ver... Considerem a memória sexual. Por que um homem e uma mulher, quando estão apaixonados, pensam que, se não se encontrarem, vão morrer? Isso ocorre quando estão na fase da paixão, depois vem a fase... (*Risos.*) Na fase da paixão, é assim que funciona. A pessoa forma uma memória do prazer muito poderosa. São conexões cerebrais que estão ali funcionando. Com o tempo, essas conexões podem ir esmaecendo, e essa memória também vai ficando mais frágil.

A droga provoca um estímulo poderoso nesse centro do prazer e o modifica, justamente esse centro que nos faz ficar apaixonados, que nos faz comer, que nos faz proteger o filho, esse centro do prazer que orienta a nossa vida. É formada uma nova memória poderosíssima de prazer, que pode levar uma vida inteira para ser desmanchada. Aquilo funciona, não é apenas algo espiritual. Aquilo funciona o tempo todo.

Por que o usuário de *crack* tem tantas recaídas? Porque o pico da droga é muito mais alto. No caso do *crack*, a quantidade de droga que entra no sistema de recompensa é muito maior do que a do álcool, do que a do fumo, do que a de qualquer outra substância e forma memórias muito mais poderosas. Leva muito mais tempo. E a recaída é a regra. A pessoa está se recuperando, conseguindo ficar 1 mês, 2 meses, 6 meses sem usar o *crack*; daqui a pouco, ela vê uma pedrinha e não aguenta, pois vem aquela evocação toda do poderoso prazer que ela sentia; com isso, ela já mudou a motivação, mudou o desejo, não está mais preocupada com a família. Aquilo é mais poderoso do que tudo.

Então, exige-se tratamento médico também. O tratamento espiritual ajuda muito, ter fé ajuda muito, porque a emoção da fé atua também para formar novas memórias. É preciso substituir aquela memória de alguma forma, mas há uma base, um substrato biológico que não dá para ignorar, senão não vamos conseguir fazer o tratamento com eficácia, senão haverá uma legião de pessoas vagando pelas ruas depois de terem passado por comunidade terapêutica.



Na verdade, hoje, no Brasil, não há estudo científico que mostra que alguém ficou curado do *crack*. Existem pessoas que estão em abstinência há muito tempo, o que é diferente. Existem pessoas em abstinência há 5 anos, 10 anos. E o *crack* não está presente há tanto tempo aqui. Pode ser até que a pessoa esteja curada, mas o fato é que ela está em abstinência.

Estudo longitudinal da UNIFESP, de São Paulo, em que será acompanhado, já está sendo, por 12 anos um grupo de cento e poucos dependentes de *crack* mostra uma realidade muito dura. Os que estão em abstinência há mais tempo estão nessa condição há 2 anos. Eles entram e saem da abstinência, entram e saem, entram e saem. E 30% já morreram.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - O tempo de uso da droga interfere nessa memória?

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Interfere.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Quanto mais exposição, pior.

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Quanto mais estímulo tiver ...

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Se a pessoa está começando a ser usuária e já entra em tratamento para ser recuperada, a tendência é de que ela tenha maior capacidade de recuperação.

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Exatamente.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Se já está num estágio mais avançado, a memória já está consolidada, e é mais difícil. Seria essa a regra?

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Exatamente.

E o que ocorre com o *crack* e que discutimos pouco é que as pessoas que têm outros transtornos mentais — respondendo um pouco ao que a Deputada Celia questionou — são mais vulneráveis ao *crack*, elas têm mais vontade de experimentar, são mais sensíveis. Então, quem tem transtorno bipolar, quem tem depressão, quem tem transtorno de déficit de atenção, quem tem hiperatividade, essas pessoas têm 10 vezes mais chances de usar *crack* e ficar dependente do que as que não têm esse problema.

Então, é preciso tratar as duas coisas juntas, é preciso tratar o outro transtorno que está acontecendo, senão não se resolve. É necessário tratar um e outro. E é preciso ter fé, rezar, tudo isso ajuda.



**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - V.Exa. está dando um esclarecimento muito importante para a Comissão, é especialista na matéria, é médico. Com esse processo de desintoxicação, o organismo deixaria de depender quimicamente dessa droga, que seria substituída por outra. É isso?

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Ela tira a fissura.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Isso faz um *link* com o que disse o Deputado Alcení, ou seja, mesmo que se realize o processo de desintoxicação, essa memória é tão poderosa que talvez se tenha que fazer uma alimentação. Como é esse processo de desintoxicação? O organismo é limpo, mas existe a memória.

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - A intoxicação deixa a pessoa em um estado de...

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Dependência química.

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Ela é dependente, esteja na fissura ou não. A fissura, que é o período agudo, é tão grave, o transtorno que ela está sofrendo e a quantidade de droga que está circulando são tão importantes que ela não consegue fazer mais nada, fica somente em função daquilo. É o período que chamamos de fissura, que é o período crítico.

Ela precisa de 15 a 20 dias em abstinência para que isso passe. Ela tem, inclusive, que ser contida. Não se pode deixá-la livre. Vai ficar tão agitada, tão desesperada para ter a droga nesse primeiro período que tem de ser contida. Alguns nem precisam disso, mas a maioria, sim. Passados esses 20 dias, sai do sangue a substância. Então, não há mais aquela substância estimulando, estimulando, estimulando o centro do prazer. Ela fica só com a memória daquilo, e aí se tem que trabalhar em cima disso a longo prazo.

A grande vitória em relação ao *crack* é manter a pessoa o maior tempo possível em abstinência. Guardando-se a devida proporção, isso vale também para o álcool. Quanto mais tempo a pessoa passar em abstinência, mais chance ela tem de desmanchar aquela memória e ter uma vida mais normal.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Deputado, há dois inscritos ainda. Faço uma observação em relação ao Deputado Nelson Pellegrino, que hoje está muito indisciplinado.



**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Só quero dizer o seguinte...

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Acredito que eu esteja oferecendo uma contribuição para todos.

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Para quem ainda não sabe, informo que está tramitando na Comissão de Seguridade Social o Projeto de Lei nº 7.663, de 2010, de minha autoria, que é bem abrangente quanto a essa discussão sobre o *crack*. São três pontos. Ele, primeiro, classifica as drogas, para punir o traficante. O traficante da maconha tem um tipo de punição, e o de *crack* tem que ter uma punição muito mais severa e ficar por mais tempo fora de circulação. Segundo, cria a baixa involuntária. A pessoa está na fissura, desesperada, vendendo tudo o que tem em casa, querendo matar o pai e a mãe. Se ela não quiser baixar, ela não baixa, porque a baixa tem de ser voluntária. Criamos a baixa involuntária. Há a baixa voluntária e a involuntária, que não precisa depender do juiz. A família pede para o médico, que avalia e determina a baixa. E a pessoa é baixada à força.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Internada.

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Internada à força. É internada para se desintoxicar. Fica internada uns 15, 20 dias. Isso abrevia o início do tratamento. No caso de algumas pessoas, a ficha só cai depois que destruíram a família, venderam tudo.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Mas depende de autorização ou pode ser compulsória?

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Não, é compulsória, mas não é preciso autorização do juiz, é o médico que determina a baixa.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Isso pode ser aplicado para a população de rua, por exemplo?

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Sim, para população de rua, como estão fazendo no Rio. Só que, no Rio, eles estão fazendo isso com determinação judicial. E, no caso, o médico é quem estabeleceria a determinação. A família, se precisar, pede à Polícia ajuda para pegar a pessoa, que é então internada, por 15 dias. Não é para ficar a vida inteira lá. A pessoa fica por 15 dias, para que seja retirada do sangue a droga, até para que ela possa raciocinar com mais clareza, porque onde está não tem condição alguma de raciocinar.



O terceiro ponto é a criação de rede de atendimento. Financia-se a rede privada e a pública. Estariam orçamentadas as comunidades terapêuticas. Elas teriam garantia financeira, desde que sigam alguns protocolos técnicos. Têm que seguir alguns protocolos técnicos, que não atrapalham e não são incompatíveis com a espiritualidade. São simplesmente para cuidar da parte do corpo. E depois se cria um sistema de acompanhamento.

Isso aqui está para ser discutido. Não é a verdade, mas acho que é um projeto que considera essa experiência que tivemos no Rio Grande do Sul. Eu andei estudando. O projeto considera experiências que existem em vários lugares do Brasil e procura dar uma concretude para elas.

Vamos ver o que o Governo está fazendo. O Governo lançou o programa em maio, colocou uma quantidade de dinheiro pequena, não realizou, lançou de novo, refez esse lançamento no final do ano, não concretizou e, agora, parece que vai lançar de novo o programa. Eu acho que, havendo uma lei — pode até não ser essa —, o Governo vai ter um instrumento para cumprir a lei: *“Eu vou cumprir a lei”*. Não é o Governo da Dilma, é qualquer Governo, seja na Bahia, seja no Rio Grande do Sul. Vai ter que seguir e tem que apoiar a comunidade terapêutica, tem que fazer isso.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Obrigado, Deputado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Obrigado, Deputado Osmar Terra.

Quero anunciar que o Relator do projeto de V.Exa. será o nosso Deputado Givaldo Carimbão.

Com a palavra o Deputado Leonardo Quintão.

**O SR. DEPUTADO LEONARDO QUINTÃO** - Sr. Presidente, quero parabenizar os responsáveis por esta audiência pública, bem como o Deputado Viera da Cunha, o Deputado Alcení Guerra. Destaco o trabalho, bastante intenso, realizado no ano passado. O relatório foi aprovado no dia 15 de dezembro de 2010. É um relatório bastante recente e tem ajudado a Comissão.

Tenho preocupação, Deputado Osmar Terra — gostaria até de ouvir V.Exa. um pouco mais —, a respeito dessa internação compulsória. O Brasil precisa saber como é feita. As famílias hoje estão desesperadas. Há relatos de que usuários de *crack* estão vendendo até a porta da casa. Começam vendendo eletrodoméstico.



**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - O assoalho.

**O SR. DEPUTADO LEONARDO QUINTÃO** - O assoalho da casa. E as famílias não sabem que têm esse direito. Eu acho que divulgação é uma das coisas importantes.

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Mas não existe ainda. Se for aprovada a proposta, vai existir.

**O SR. DEPUTADO LEONARDO QUINTÃO** - Não existe ainda, não é?

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Não existe nem instituição para levá-los ainda. Esse é o problema.

**A SRA. DEPUTADA ROSANE FERREIRA** - Não há instituição.

**O SR. DEPUTADO LEONARDO QUINTÃO** - Acho que a Comissão tem que encaminhar isso. Primeiro, viabilizar os recursos federais. Aprovando-se uma lei nesse sentido, realmente sou favorável à internação compulsória. A pessoa, quando já está afundada nas drogas, não consegue se controlar.

Recentemente, em Minas Gerais — em outros Estados também acontece isto —, uma senhora de mais de 80 anos apanhou do próprio filho. Saiu a foto dela no jornal. Estava com o rosto todo machucado, com o nariz quebrado, com um braço quebrado. Isso tem acontecido diariamente no Brasil.

Hoje, se abrimos o jornal *Folha de S.Paulo*, veremos, na capa, seis fotos em que se mostra um senhor de terno, na faixa de 40 a 50 anos ou um pouco mais, que estava na boca de fumo. Ele estava lá fumando um cachimbo em que provavelmente havia *crack*. Depois, arruma o terno — há duas fotos dele que o mostram arrumando o terno — e sai andando na rua novamente.

A droga está em todos os lugares hoje. Certamente esse homem estava trabalhando, mas saiu, fumou *crack* e voltou para o serviço.

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Foi despedido, porque saiu a foto dele.

**O SR. DEPUTADO LEONARDO QUINTÃO** - Foi despedido?

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Certamente, pois saiu a foto.

**O SR. DEPUTADO LEONARDO QUINTÃO** - Ah! Certamente. (*Risos.*)

Eu acho que é importante a criação pelo Governo de uma rede nacional de CAPS, mas já temos tanta coisa que está funcionando aí, tanta instituição filantrópica que está fazendo um trabalho bonito... Há instituições ligadas à Igreja





Católica, as igrejas evangélicas, há instituições não cristãs também. O que falta é manutenção, porque boa parte da estrutura física já foi construída. E hoje a ANVISA está obrigando as instituições a fazerem os dormitórios direitinho. Já estão se adaptando, já conhecem as regras, estão fazendo. Só o que falta realmente é manutenção.

As famílias não têm condições de pagar nem um salário mínimo para manter seu parente ali. E boa parte dessas instituições cobra hoje, em média, um salário mínimo. Têm um resultado razoável. Trata-se de conjugar recuperação com qualificação profissional, porque boa parte das pessoas que estão hoje internadas estão com muito baixa estima, como se a vida estivesse acabada. Se não for dada a elas uma profissão, mesmo que saiam dali, como o Deputado Osmar disse, desintoxicadas, elas voltam para casa e não têm uma profissão. Refiro-me a profissões básicas: pintor de veículos, marceneiro. É um recomeço para a pessoa. É preciso conjugar tratamento e com qualificação nessas entidades.

E o Governo tem recurso para isso. Quem sabe, possamos fazer, no Ministério do Trabalho, um PLANSEQ para requalificação dessas pessoas e dar a elas uma profissão. A experiência que vemos — é pequena, muito menor do que a da maioria dos membros desta Comissão — é que, onde há tratamento e requalificação profissional, a pessoa sai com astral diferente.

Eu sou cristão e creio também — alguns não creem nisto — que a questão espiritual é importantíssima. Ali a pessoa tem um tratamento espiritual, tem condições de ler a Bíblia. Eu acredito nisso. Alguns não acreditam, eu respeito, mas os números estão aí para comprovar.

Gostaria de ouvir V.Exa. mais a esse respeito, Deputado Osmar, porque isso é importantíssimo.

Há uma pessoa da minha família que está com 55 anos e perdeu tudo, está afundado no *crack* há quase 8 anos. Está morrendo porque não quer, de jeito nenhum, se internar. Seu nariz sangra o dia inteiro. Eu acho que usa também cocaína, *crack*. Fica o dia inteiro no êxtase da droga. Já está pesando menos de 40 quilos. Então, o que a família faz?

Muito obrigado.



**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Obrigado, Deputado Leonardo Quintão.

Com a palavra a Deputada Keiko Ota.

**A SRA. DEPUTADA KEIKO OTA** - Boa tarde a todos e a todas.

Quero agradecer ao Presidente Reginaldo a oportunidade de estar nesta Comissão e ao Deputado Carimbão. Voltei muito entusiasmada e feliz porque vimos uma esperança muito grande dos nossos jovens dependentes químicos.

Comecei a fazer uma analogia. Quando aconteceu a fatalidade da perda do Ives, realmente, no primeiro momento, veio o sentimento de ódio, mágoa, vontade de vingança. E o que eu fiz? Lembrei dos passos daquele treinamento mental e espiritual. Trata-se de limpar o subconsciente. Todo o mundo diz assim: *“Como, Dona Keiko, a senhora conseguiu perdoar os algozes do seu filho? Eu não acredito. Eu não consigo nem perdoar o meu pai, que batia na minha mãe”*. Mas, além do perdão ser divino, é uma coisa que precisa ser treinada e praticada. Então, achei muito importantes aqueles 12 passos do AA. Nós temos que focar. Por quê? Nós temos duas mentes: o consciente — é o que estamos fazendo agora — e o subconsciente, que faz os registros sem a nossa ordem e não os apaga facilmente. Se um jovem é um drogado, existe uma causa, e nós precisamos detectar essa causa. E essa causa está lá no subconsciente da criança que viu, sofreu violência e até mesmo foi rejeitada no ventre materno. Fica lá.

Por que a criança, na época? Porque a criança, até 7 ou 8 anos de idade, tem o pai e a mãe como norte. Eles são tudo para ela. Então, se fica sem essa referência, torna-se uma pessoa triste.

Vejam o caso de Anna Carolina Jatobá, que matou a menina Isabella. Ela foi abandonada aos 5 anos de idade pela mãe e nunca mais foi a mesma. Ela cresceu com revolta, levou o pai a três BOs, coisa que uma filha não faria. O que aconteceu? Naquele momento em que a Isabella — ela dizia que amava a Isabella — foi interferir na briga do casal, ela a estrangulou. Naquele momento, ela estava matando a mãe inconscientemente, porque estava lá.

Eu acho que, se nós aperfeiçoarmos esses 12 passos do AA e os estudarmos mais profundamente, se trabalharmos com um especialista, vamos poder ajudar muito esse jovem.



Meu marido e eu, quando o Ives partiu, fizemos esse treinamento. O que fizemos com o nosso subconsciente? Trouxemos aqueles três para a nossa mente e repetidas vezes fomos fazendo a oração do perdão, para limpar o subconsciente. É como aquela xícara de café que fica 10 anos ali; para limpar, é preciso fazer um exercício.

Quero me aprofundar mais e colaborar, porque eu acho que esse é o caminho. Hoje muita gente pergunta: *“Mas você não tem nenhum ódio mais?”* Não tenho, porque eu limpei isso no subconsciente.

Eu quero estudar mais, quero me aperfeiçoar. Eu dei uma lida no livro. Faço com as mães esse treinamento, que ajuda muito. Eu acho que esse é o caminho certo para ajudarmos a diminuir a violência relacionada ao *crack*.

Obrigada.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Obrigado, Deputada.

Vou passar ao segundo item da pauta, aproveitando que temos *quorum*. Depois voltamos aos nossos expositores.

O segundo item da pauta diz respeito ao Requerimento nº 53, de 2011, da nobre Deputada Fátima Pelaes, a quem passo a palavra.

**A SRA. DEPUTADA FÁTIMA PELAES** - Obrigada, Sr. Presidente.

Eu estava inscrita também para falar.

Antes de fazer a defesa do meu requerimento, gostaria de saudar o Deputado Alcení Guerra, bem como o Deputado Vieira da Cunha, e dizer da nossa alegria de estarmos aqui com V.Exa., Deputado.

Eu não tive oportunidade de acompanhar sua exposição, mas eu lia isto: *“prevenir, diagnosticar, assistir e reabilitar”*. Nós tivemos a oportunidade de ir a Maceió. E o que penso é que falta decisão, decisão política. Se tomarmos uma decisão, conseguiremos mudar o País. Percebi que, em Alagoas, já existe a decisão. Já se começa o trabalho de prevenção nas escolas e já há uma Secretaria da Paz, voltada para essa ação. Isso faz diferença.

Eu queria parabenizá-lo, Deputado Givaldo Carimbão, porque eu sei que V.Exa., com a sua bandeira, foi fundamental para que isso acontecesse. Nós vimos ali um acolhimento. A Deputada Keiko falava do vazio que essas pessoas têm e do acolhimento. Nos lugares em que estivemos, onde pais se fizeram presentes, em



nenhum momento lembrávamos que pessoas que estavam ali eram drogadas, estavam em tratamento. Elas estavam num lugar de paz, de esperança, de amor. Então, esse acolhimento, que é muito importante, foi o que eu percebi ali. Acredito que é possível fazer essa transformação.

Por acreditar é que estou aqui. No Amapá, ainda não temos um trabalho tão forte. Estou aqui atendendo a um apelo de muitas mães que encontrei chorando e que encontro hoje. Nós queremos também dar a nossa contribuição, aprender cada vez mais e levar a experiência também para o Amapá.

A partir disso foi que apresentei o requerimento, Sr. Presidente. Nós aprovamos, na última reunião, o Requerimento nº 51, de 2011, em que se solicitou a presença de Fernando Henrique Cardoso e do Dr. Elisaldo nesta Comissão. Agora estou solicitando a presença do Dr. Ronaldo Laranjeira, que também estava presente ali e fez parte do programa solicitado aqui. Nós estamos pedindo a inclusão também do Dr. Ronaldo Laranjeira.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Em discussão. *(Pausa.)*

Como não há quem queira discutir, passa-se à votação.

Em votação.

Os Deputados que concordam com o requerimento permaneçam como se encontram. *(Pausa.)*

Aprovado.

Vou passar para o próximo item.

Tendo em vista que foram distribuídas cópias da ata da reunião anterior a todos os membros presentes, indago da necessidade da sua leitura.

**O SR. DEPUTADO GERALDO THADEU** - Peço a dispensa da leitura, Sr. Presidente.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Dispensada a leitura da ata, a pedido do Deputado Geraldo Thadeu.

Em discussão. *(Pausa.)*

Como não há quem queira discutir, passa-se à votação.

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

Aprovada.



**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Terminou a Ordem do Dia, Sr. Presidente?

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Sim.

Com a palavra o Deputado Nelson Pellegrino.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Primeiro, quero comunicar que participei, na semana retrasada, em Buenos Aires, de um seminário internacional promovido pela Fundação Friedrich Ebert, que contou com a presença de vários Parlamentares de países da América Latina e de pesquisadores. Fizemos um debate sobre defesa regional, segurança pública e drogas.

O debate foi extremamente rico. Não tenho a pretensão de relatá-lo, mas eu falava com o Deputado Givaldo Carimbão e comentei que me chamou muito a atenção, Deputado Alceni, a fala de um Deputado colombiano. Aqui não vai nenhuma crítica a ele, que falou com um tom bem-humorado. O que me preocupou em sua fala foi que ele usou a seguinte analogia, Deputado Vieira da Cunha:

*“A França produz uva, e alguns fazem vinho com ela. Nós produzimos folha de coca, e alguns a mascam, outros a transformam em droga. Os Estados Unidos hoje são o maior consumidor de drogas do mundo, e o Brasil já é o segundo. Então, esse é um problema que os brasileiros precisam resolver. Se há produção é porque há consumo. Vocês precisam cuidar das suas fronteiras e dos seus usuários internos, porque a culpa não é nossa.”*

Nós estávamos discutindo exatamente a questão do aumento da área plantada, do aumento da oferta da pasta-base.

Nós debatemos vários temas, a descriminalização, a política de liberação, a política de controle, a política de cooperação internacional, as políticas de combate às drogas, as que deram certo e as que não deram certo, como é essa questão na América Latina, sem falar do debate sobre defesa regional e sobre segurança pública. Foi um debate muito ilustrativo.

A segunda questão. Eu queria saber de V.Exa., Sr. Presidente, se já há um calendário relativo às próximas visitas, porque eu fiquei encarregado de coordenar o seminário na Bahia. Vamos entrar em recesso no dia 15 de julho, e não sei se no dia



7 de julho já haveria alguma reunião agendada. Eu queria que, se possível, fizéssemos no primeiro semestre a visita à Bahia.

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Aproveito a oportunidade, Sr. Presidente, para dizer que os Deputados Afonso Hamm, Osmar Terra e eu agendamos para o dia 8 de agosto a ida a Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Se estiver agendada, será complicado, porque...

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Será no dia 8 de agosto.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Ah, de agosto.

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - O nosso será no dia 8 de agosto.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - O nosso será no dia 7 de julho.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Não há, Deputado.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Se houver concordância, quero aproveitar não só para fazermos uma audiência para discutirmos os temas da Bahia, mas também para levar a experiência da Cristolândia, que acabamos não conhecendo em São Paulo, mas deveríamos conhecer, e algumas experiências em relação às comunidades terapêuticas.

Há esse debate que o Conselho Estadual de Entorpecentes está fazendo sobre a mudança da regulamentação, sobre como a legislação poderia ser adaptada em relação às comunidades terapêuticas. Eu não quero fazer debate, mas o Deputado Osmar falou sobre a primeira, a segunda e a possível terceira edição.

Quando fui Secretário de Justiça na Bahia, uma das preocupações que tive foi elaborar um plano de prevenção. Tivemos conhecimento do plano que estava sendo discutido nacionalmente, que eram as ações integradas do Governo Federal. Havia cinco Municípios pilotos, e Salvador foi um deles. Nós acabamos estendendo-o para os cinco Municípios do PRONAF.

Eu deixei em execução um plano de prevenção. O Dr. Nery e a Dra Denise falaram sobre ele. Até pedi que fosse distribuído para os Deputados o plano que nós elaboramos.

A nossa crítica fundamental, a crítica que já fiz a Paulina, a crítica que já fiz ao Governo: o plano do Governo não é ruim, o problema é de volume de escala. Em relação às instituições públicas, que são os CAPS, o recurso ofertado era pequeno



diante da demanda que tínhamos no País para a criação de CAPS 3. Precisávamos pautar os Municípios para fazer essa estrutura e também os CREAS especializados, para a retaguarda nessa área social.

No caso das comunidades terapêuticas, que eu acho que são grandes aliadas, talvez até mais eficazes, por força da resolução da Vigilância Sanitária, por força do processo de relacionamento e também pelo volume de recursos que estavam disponibilizados, essas instituições não puderam acessar esses recursos.

Isso é o que parece estar sendo corrigido nessa nova edição, Deputado Osmar. Foi aberto um edital para os Municípios se habilitarem a pegar recursos para os CAPS, e poucos Municípios se habilitaram, por falta, acho, de conhecimento e também de diálogo com os Municípios nesse sentido.

No caso das comunidades terapêuticas, temos que alterar a legislação para que elas possam acessar esses recursos. Em minha opinião, dessa forma daremos um passo importante, sem prejuízo de um conjunto de outras medidas e experiências que estão sendo adotadas.

Então, quero saber de V.Exa. se é possível essa data. Se for, passaremos a organizar o seminário na Bahia.

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Sr. Presidente...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - O.k. Essa data está livre. V.Exa. pode organizar a audiência.

**O SR. DEPUTADO LEONARDO QUINTÃO** - Posso dar uma sugestão?

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Ouviremos rapidamente o Deputado Osmar Terra e, em seguida, V.Exa.

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - O problema do Governo hoje é subestimar o custo desse processo. O valor é muito baixo.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Recursos, volume de escala. Esse é o problema.

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Isso, volume de escala. Não dá para fazer amostra em 50 Municípios quando há 5 mil deles com problema. Coloquem-se 10 mil, 15 mil leitos para desintoxicação, 60 mil leitos para comunidade terapêutica. O Deputado Reginaldo tem uma ideia muito interessante, que acho vai evoluir na Comissão: oferecer vagas tanto para estudo quanto para emprego. Inclusive está no



meu projeto o estímulo às empresas que derem emprego a ex-dependentes químicos ou dependentes em tratamento.

Acho que falta dinheiro mesmo. E mais, o segundo escalão do Governo é contra a proposta do Governo, principalmente na área da saúde.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Inclusive, eu soube que a solução está sendo pensada pela ação social: deslocar os recursos para a SENAD, a fim de que ela administre, e não o Ministério da Saúde.

**O SR. DEPUTADO OSMAR TERRA** - Alcení sabe do que estou falando.

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Inclusive, vou fazer um requerimento para que sejam convidados representantes do Ministério da Saúde e da SENAD, a fim de voltarmos a debater o tema na Comissão.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Com a palavra o Deputado Leonardo Quintão.

**O SR. DEPUTADO LEONARDO QUINTÃO** - Deputado Reginaldo, quero fazer uma sugestão à Comissão. O Relator da LDO, o Deputado Márcio Reinaldo, está propenso a acatar até uma emenda da bancada de Minas. Há uma emenda minha na LDO que garante aos hospitais filantrópicos recursos para ampliação e construção. É um problema grave que temos. A bancada mineira foi além, fez uma emenda garantindo que as entidades sem fins lucrativos recebam recursos para ampliação e construção.

Um dos maiores problemas é termos gente qualificada, preparada para lidar com os problemas, mas há grandes dificuldades relacionadas à infraestrutura. Quem sabe, podemos marcar uma reunião com o Deputado Márcio Reinaldo, dar-lhe ciência sobre esse trabalho, e esta Comissão mostraria ao Governo a necessidade de apoiar essa ação.

Não faz sentido não apoiarmos instituições que prestam serviços que o Governo deveria prestar, no mínimo, por 20% do custo que presta e com mais eficiência.

Temos de ser transparentes nesse trabalho e mostrar ao Governo a rede que já está estabelecida no Brasil e a necessidade de ela se preparar. O que acontece é que eles estão prestando serviços, e chega a Vigilância Sanitária e manda fazer





isso, manda fazer aquilo, manda demolir. E está certo isso. Tem que se dar dignidade à pessoa. Mas temos uma situação ímpar.

O Deputado Márcio Reinaldo está propenso a acatar essa emenda. E esta Comissão tem papel importantíssimo quanto a apoiar essa ação do Relator, Sr. Presidente.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Obrigado, Deputado Leonardo Quintão.

Temos de ser breves, porque o Deputado Alcení Guerra terá de sair, por causa do horário do avião.

Com a palavra o Relator, Deputado Givaldo Carimbão.

**O SR. DEPUTADO GIVALDO CARIMBÃO** - Sr. Presidente, nove Deputados foram a Alagoas e ao Piauí: Keiko Ota, Celia Rocha, Fátima Pelaes, Nelson Bornier, Rosane Ferreira, Pastor Eurico, Osmar Terra, Reginaldo Lopes e eu.

Que bom que V.Exas. tiveram a oportunidade de conhecer um pouco a realidade de Alagoas. Como disseram alguns companheiros, isso mudou a minha concepção em determinadas situações.

Nosso grande companheiro Alcení manifestou sua preocupação com os 450 milhões. Ele disse assim: "Os números que eu encontrei foi que 55% se recuperam e 45% estão, coitados, marginalizados". Imaginem! Eu quero só dizer a Alcení; mas dos 550 se fossem... se estivessem em uma comunidade em algum local. Hoje, no Brasil... Está percebendo, Alcení? Quer dizer, se 1 milhão estivessem, só 550 estariam nessa situação. Se 1 milhão não têm, pelo Governo Federal, não têm 1.000...

*(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)*

**O SR. DEPUTADO GIVALDO CARIMBÃO** - Só essa questão aqui: imaginem que, se ele estava apavorado com 400 mil, estou dizendo que são 900 e tantos mil, porque não acolhe! *(Risos.)* É só para refletirmos, nós aqui.

E, segundo, Deputada Carmen e Deputado Quintão, nessa viagem que nós fizemos (os senhores não tiveram a oportunidade de ir), nós fizemos questão de levar os Deputados, os Senadores e a ANVISA conosco, o Presidente enviou 4 pessoas da ANVISA, e eles vieram altamente convencidos da diferença, do que é comunidade terapêutica e acolhedora em Alagoas. E assim saíram, decididamente,



e, como os Deputados também, entenderam perfeitamente isso aqui. E eu quero dizer o seguinte: agora, às 18h30min, o Ministro da Saúde está recebendo as federações terapêuticas, e a ANVISA amanhã também estará recebendo as comunidades terapêuticas. Então, disseram para nós claramente que estão convencidos dessa mudança.

Em Alagoas foi assim, como de água para vinho, a mudança. Eles não conheciam na prática, talvez, o projeto que montamos em Alagoas. Quando eles viram aqui, disseram: “Está certo!” Há vários Deputados chegaram aqui e disseram: “Não, o que é acolhimento? É diferente de tratamento.” São duas coisas em que conseguimos separar um pouco a água do vinho. E a ANVISA ficou.

Eu quero dizer aos companheiros o seguinte: na minha cabeça, como Relator, estou começando a fazer juízo, é claro, de valores, para tentar fazer essa... Parece-me que nesse tema nós avançamos bem. Eu hoje almocei com as federações brasileiras terapêuticas, de comunidades terapêuticas. Está aqui o pessoal de Minas, está aqui o pessoal... enfim, as federações, a FEBRAT, porque vai haver essa audiência agora, às 18h30min, e parece-me que já há o entendimento de separar o seguinte: comunidade terapêutica preparatória, ou clínica, e comunidade terapêutica acolhedora. Nós temos de separar essas coisas, para não ficarem num bolo só. Está ali o companheiro balançando a cabeça. Entendeu. Em Alagoas, por exemplo, vamos pensar na acolhedora, na comunidade terapêutica acolhedora. Ela vai fazer terapia no acolhimento. Agora, para isso tem de passar por todo o processo da comunidade terapêutica, que é clínica e terapêutica, ou seja, comunidade terapêutica acolhedora, que acolhe a pessoa que vai fazer 30 dias de abstinência, exatamente como foi comentado aqui; é a parte mais difícil. Então, eu acho que, pelo que nós estamos vendo, esse tema está bem avançado.

O que me preocupa um pouco, e aí nós temos de trabalhar um pouco mais... Hoje foi muito bom, Alceni aqui deu uma aula fantástica, o nosso companheiro Vieira da Cunha deu uma aula fantástica; agora, o que eu não tenho encontrado, parece-me, é um trabalho de prevenção e de reinserção social. Nesses eixos nós não temos encontrado, assim, alguma coisa... Não é? Então, parece-me que nós estamos caminhando bem, conhecendo bem a recuperação, a questão médica, a



questão de acolhimento espiritual etc., isso aqui parece-me que está caminhando bem. Com esses dois itens é que me preocupo muito mais agora, e se os companheiros tiverem experiências em seus Estados, em qualquer parte do mundo, nessa questão da prevenção e da reinserção social, isso é o de que nós vamos precisar também, dessa direção.

Eu quero só dizer ao companheiro Pellegrino, quer dizer, a Vieira da Cunha: eu estive na semana passada na Itália, na semana retrasada, visitei quatro comunidades, inclusive a que ele teve vontade de visitar, e perguntaram aqui qual é o custo. Há 30 anos a Itália financia em torno de € 1 mil por pessoa, ou seja, em torno de 1 salário mínimo, porque na Europa, na Itália não há salário mínimo, mas o mínimo que as pessoas ganham é em torno de € 1 mil; no Brasil, aqui, o mínimo é de R\$ 540... Então, eu quero dizer o seguinte: há 35 anos... A Dra. Paulina inclusive deu-me dois nomes de instituições para eu visitar também, e eu fui lá, e fui visitar a que eles visitaram também; só o número, para dizer exatamente, o que eles estão pagando é em torno de 1 salário mínimo europeu, para as comunidades lá da Europa. E havia realmente 650 pessoas lá na comunidade que o senhor citou, que é a da Cruz Vermelha mundial.

Eu fui conhecer também a Cruz Azul, que é a alemã, que está há 150 anos atuando só com a questão das drogas. Está muito bem na Região Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, fazendo um bom trabalho naquela região ali.

O que Pellegrino comentou — faltam só dois, aqui — é o seguinte: eu tenho conversado com Paulina, nós temos conversado, ela batendo na tecla que é um equívoco profundo, tenho dito a ela, como amigo dela, pessoal; não vai aqui nada de pessoal, mas tenho o direito de discordar das 10 mil vagas. Aí nós brigamos, brigamos, a minha tese foi sempre 100, ela diz 20; aí, chegou... de 100 para 20. Eu disse que ela estava perdendo uma grande oportunidade, e vejam se vão concordar comigo; bem calmamente, para os companheiros entenderem, é isto: no Brasil, miseravelmente, em qualquer número mais... num cenário o mínimo possível, 2 mil comunidades terapêuticas existem; no mínimo, 20 pessoas; uma pela outra, 20 pessoas; estou dizendo que estão acudindo nesta hora, no Brasil, então, nesse raciocínio nosso, 40 mil pessoas; só encontrei pagamento efetivo até agora, para acolhimento de dependentes químicos: 1.000 pessoas, que o companheiro nosso



Osmar Terra quando era Secretário de Saúde colocou, no Rio Grande do Sul; em Minas Gerais, em torno de 800 a 1.000 pessoas; em Alagoas, agora, 1.000; no Piauí, 80 pessoas. Quando se considera o Brasil inteiro, 99% não financiam, os Estados; o Governo Federal também não financia; estão tudo por conta desse trabalho missionário das pessoas. Então, temos 40 mil pessoas.

A minha pergunta é, sem ser hipócrita (se for hipócrita, parece-me que é outro o caminho): se abirmos 20 mil vagas, vamos tirar as pessoas da rua, ou vamos... “Ah, até que enfim alguém pagou pelos que eu tenho aqui dentro, porque senão vou ter de botar todos para fora!” Essa preocupação...

**O SR. DEPUTADO NELSON PELLEGRINO** - Nós vamos aliviar metade do que o pessoal está bancando. O Estado vai começar a bancar a metade.

**O SR. DEPUTADO GIVALDO CARIMBÃO** - Essa preocupação eu tenho, e estou apresentando aqui claramente.

*(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)*

**O SR. DEPUTADO GIVALDO CARIMBÃO** - Isso é... reparem bem: novas vagas; aí a instituição que está lá já está com um ar de doido, está aqui, com essas pessoas aqui, chegando aqui. Essa preocupação eu tenho, de que nós cheguemos a um equilíbrio. Eu digo a Paulina, e está aqui Alceni comentando: foram R\$ 1 bilhão para a questão da AIDS; e, como o Brasil apostou nessa direção, o que é que custa para o Brasil? Pelo amor de Deus, R\$ 600 milhões! Consegue-se acolher 1 milhão de pessoas com R\$ 600 milhões! Para o Governo Federal, uma medida provisória chegar aqui é nada!

Parece-me que, com todo o respeito à minha amiga Paulina, ela... na transversalidade, chega aqui uma questão de saúde...

*(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)*

**O SR. DEPUTADO GIVALDO CARIMBÃO** - Por ano! Não, o período todo! Até o final do ano, agora, se abrir um edital agora...

*(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)*

**O SR. DEPUTADO GIVALDO CARIMBÃO** - Não, 1 milhão, não, 100 mil vagas, a R\$ 800...

*(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)*



**O SR. DEPUTADO GIVALDO CARIMBÃO** - Hein? Cem mil vagas, está claro? Então, número é esse. Aí, a Dra. Paulina, coitada, que está no Ministério da Justiça, que está no segundo escalão, que está na terceira fila do segundo escalão, reparem bem, fica sem força. Não é nada... É o óbvio! E aí, para chegar à Presidente Dilma e pedir esse dinheiro, ela está com dificuldades.

Então, eu acho que, da parte dela, eu já disse isso a ela mil vezes, o pior é criar uma expectativa na sociedade, no Governo etc., e não conseguir encontrar definitivamente os números... Eu tenho dito o seguinte: ela está oferecendo um Volks quando a demanda é de uma Ferrari, ou seja, está oferecendo a capacidade de um Volks para receber pessoas quando o problema demanda um ônibus. Então, parece-me que há consenso de que os números apresentados pela SENAD ainda são muito apáticos para o Brasil.

E, por fim, quero dizer a Leonardo Quintão: eu acho que, em Alagoas, eu fiz questão — e isso foi fundamental —, às pessoas que dizem assim: há recuperação das pessoas pela religião, pela Bíblia etc. eu fiz questão de mostrar em Alagoas como é o processo de um ano dentro da instituição, como é que é feito o primeiro passo, o segundo, o terceiro, o quarto, minuciosamente, como é que se trabalha todo o processo, que não é uma coisa assim, só de ler Bíblia, ou só de estar rezando, ou só de estar pregando; ele tem uma metodologia de arrancar um toco dentro da pessoa, limpar as crostas. Agora, não é somente com oração, não é somente com a Bíblia, com o cantar; ele tem uma metodologia de fazer um restauro no ser humano, com todo um... Então, quando nós fomos à tardezinha, lá, com a instituição, eu pedi que eles mostrassem como é feito esse processo, porque as pessoas pensam que é assim: “Como é esse negócio de religião? É uma coisa de rezar? É uma coisa de pegar a Bíblia e pregar a Palavra de Deus? É pegar um salmo? É pegar...” Não! É muito mais do que isso. Então, isso ficou muito claro em Alagoas.

E outra coisa fantástica: acho que Alagoas deu um exemplo para o Brasil. Eu orgulhei-me daquilo. Nós levamos o Arcebispo da Capital, e ele subiu e disse assim: “Aqui não há rede católica, aqui há rede cristã. Podem vir muçulmanos, podem vir aqui, que subam aqui, Sétimo Dia, Assembleia de Deus...” Ou seja, transcendeu essa questão, porque diziam assim: “E essa briga entre católicos e protestantes e



não sei o quê?” Em Alagoas ouvimos o Arcebispo dizendo isso. Segundo, nós juntamos 800 dependentes químicos, 500 em recuperação e 300 já recuperados, há 4, 5, 6, 8 anos.

Então, eu acho que foram momentos assim, ricos, para a nossa concepção, de entender esse processo. Eram só essas as orientações para os meus companheiros.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Vamos lá, rapidamente; Fátima Pelaes, por favor.

**A SRA. DEPUTADA FÁTIMA PELAES** - Eu gostaria só de perguntar ao nosso Relator Deputado Carimbão: eu não entendi bem, mas nós vamos ter agora uma audiência com o Ministro da Saúde?

**O SR. DEPUTADO GIVALDO CARIMBÃO** - E a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. Está marcada para as 18h30min uma audiência com o Ministro de Saúde. Nós estamos convidados, é claro, os Deputados que têm compromisso com essa causa estão sendo convidados. Eu soube disso ontem, era tardezinha, já, quando cheguei aqui, a Brasília.

**A SRA. DEPUTADA FÁTIMA PELAES** - Sr. Presidente, eu gostaria que V.Exa. participasse, porque, pelo que eu entendi, o Deputado Carimbão disse que essa audiência já é decorrência da ida a Alagoas. Nós tivemos a presença de quatro pessoas da ANVISA. Então, é importante que a Comissão se faça presente ali, na pessoa do Presidente. Acho que seria muito bom haver a nossa participação, porque é um compromisso do Ministro com o Parlamento; então, já transcende a questão do compromisso lá, e nós podemos fortalecer, com a presença de V.Exa.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Sim. Vamos estar presente. E convido também todos os queiram, que tenham disponibilidade na agenda, para estar presentes.

Geraldo Thadeu tem a palavra.

**O SR. DEPUTADO GERALDO THADEU** - Sr. Presidente, eu gostaria de fazer só uma pergunta ao Ministro Alcení Guerra, que é um estudioso e acompanha isso tudo: o senhor tem ideia de quantos hospitais filantrópicos e santas casas fecharam as portas nos últimos anos? Quantos leitos, mais ou menos?



**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Vamos lá, eu vou passo a palavra rapidamente a Vieira da Cunha.

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Eu sei que o colega Alcení tem um voo agora, por isso eu vou ser brevíssimo, porque eu quero que ele tenha o privilégio de encerrar esta nossa audiência pública, e também porque ele é um *expert* na matéria. Minha formação também não é a medicina, e a maioria das questões levantadas aqui são técnicas; então, cabe a ele dar a contribuição.

Mas eu queria, com base na experiência que nós tivemos na Comissão Externa, no ano passado, fazer duas observações. Primeiro, nessa questão do tratamento, o que eu aprendi, Alcení, nas nossas incursões, e palestras, e seminários, em resumo, é o seguinte: cada caso é um caso; por isso, não adiantam padronizações. “Olhe, vai ficar 15 dias, para desintoxicar”; ora, pode ser que não seja... que não sejam suficientes. Então, essa é a experiência. Todos os médicos que atuam com isso na ponta nos dizem: cada caso é um caso. A receita é o tratamento individualizado. Nós não podemos instituir um padrão de atendimento quando cada indivíduo é único nesse assunto, reage de uma maneira diferente da dos outros.

De internação compulsória, eu ouvi de especialistas o seguinte: olhe, se não quer tratamento, não adianta; se a pessoa não quiser, não adianta. Então, preocupa-me o volume de dinheiro público que nós vamos jogar pelo ralo, porque, se realmente isso é verdadeiro, de que adianta nós colocarmos essa pessoa numa clínica especializada, que, como nós sabemos, tem um custo altíssimo, para ficar ali 15 dias, ir embora e recair? Na primeira esquina que encontrar vai comprar droga de novo; e aí? E qual é o resultado disso? Os especialistas que eu ouvi disseram todos: é indispensável a vontade de se submeter ao tratamento para que haja bom resultado, para que haja um resultado positivo. Foi o que eu ouvi nas nossas incursões. Repito, não sou da área. Então, preocupa-me nós abraçarmos a internação compulsória; eu tenho dúvida quanto ao resultado, entendeu, Osmar? Eu acho que nós temos de aprofundar esse debate com especialistas.

E, para concluir, porque (*risos*) o colega Alcení tem horário de voo, eu gostaria que esta Comissão abraçasse a causa que nós abraçamos no nosso relatório final, a de nós criarmos uma Secretaria Especial, com *status* de Ministério,



em nível de primeiro escalão do Governo, para tratar desse assunto. Muitos dizem: “Ah, já temos Ministérios demais!” Mas se o assunto é importante, e requer decisão política, como foi dito aqui pelos colegas e eu concordo plenamente, ele tem de estar vinculado diretamente à Presidência da República. Nosso sistema é presidencialista! As prioridades são estabelecidas pelo Chefe de Governo, pela Chefe de Governo, que é a Presidenta da República. Então, a autoridade responsável por esse assunto tem de ter canal direto, tem de despachar diretamente com a Presidência, e aí as coisas vão andar.

Então, é a contribuição que eu gostaria de dar, agradecendo aos colegas aqui a oportunidade que tive. *(Palmas.)*

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Muito obrigado, Deputado Vieira da Cunha.

Passo a palavra ao Deputado Ministro Alceni Guerra.

**O SR. ALCENI GUERRA** - Obrigado, Presidente.

Eu acredito que o Deputado Leonardo Quintão não me premiou com nenhuma pergunta objetiva da área da saúde.

O Deputado Osmar Terra repetiu aqui o que eu expus, quase com as mesmas palavras. Somos da área da saúde e temos um enfoque muito parecido.

Gostaria de me concentrar, primeiro, em homenagear meu amigo e Presidente Vieira da Cunha, dizendo o seguinte: Vieira, é impossível principalmente um adolescente ter vontade própria num primeiro momento. Essa vontade indispensável para o tratamento do adolescente vem depois da primeira abordagem. Ele saiu daquela fissura, ele saiu daquela impregnação maligna da quantidade enorme de cocaína que há no seu cérebro, aí vem a vontade indispensável. Ele não tem condições de manifestar a vontade indispensável num primeiro momento, por isso a internação compulsória. E estou de acordo com o Dr. Osmar Terra: dispense-se a atitude do juiz. Pai, médico... O médico receita e interna, como deve ser em qualquer país do mundo.

Então, a vontade é indispensável, sim, é preciso haver vontade, é indispensável, mas nesse primeiro momento, Deputado, ele não tem condições. Intoxicado, ele não tem condições de ter a sua própria vontade linearmente exposta.





Deputada Carmen, a senhora deu aqui uma aula de estrutura de saúde. Uma aula, Perondi! Deu uma aula de como é que se deve preparar toda a estrutura que nós temos no SUS. Mas esqueceu de um pontinho que me deixou assim, com um pouquinho de dor de cotovelo. Eu criei um instituto no Brasil que me derrubou do Ministério: os agentes comunitários de saúde. São 300 mil hoje, visitando já milhões de residências. Eles são os atores ideais para a primeira abordagem do usuário de droga. Então, a senhora argumentou muito bem; só coloque mais ênfase no agente de saúde, porque nós realmente precisamos preparar essa ferramenta que só o Brasil tem, de casa a casa, com a confiança... Um agente comunitário é comunitário, ele tem a confiança da comunidade. Ele precisa entrar nisso.

E há muita gente que resiste. Eles, inclusive, têm um pouco de receio, porque sempre se confunde essa abordagem com o medo do traficante, e eu sempre digo: olhem, o trabalho de saúde e de reabilitação não tem nada a ver com a área de segurança. Nós precisamos reabilitar, nós temos 1 milhão de usuários que nós precisamos reabilitar.

**O SR. DEPUTADO VIEIRA DA CUNHA** - Eles nem podem passar informação para o pessoal de segurança, senão...

**A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO** - Ministro, se o senhor me permite, ele é o elo, realmente, entre a comunidade e a equipe, não é? Ele é que faz esse...

**O SR. ALCENI GUERRA** - Eu vou sentir-me confortável, em cima da minha bicicleta, se eles fizerem esse... *(Risos.)*

**A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO** - Eu acompanhei seu sofrimento naquela época, Ministro, mas nada como o tempo para mostrar as coisas.

**O SR. ALCENI GUERRA** - *(Risos.)* Obrigado, Deputada.

A Deputada Celia está aqui? Está. Deputada Celia, olhe, V.Exa. me fez uma pergunta direta: que percentual de usuários precisa do tratamento médico? Todos, 100%! Eu tenho a convicção de que não saem sem tratamento. Não só eu; todos os especialistas do mundo dizem assim: são 4 pilares; o primeiro pilar é médico, o tratamento físico; o segundo é mental, é preciso apoio psicológico/psiquiátrico; o terceiro pilar é o social, achar que tem de se envolver; e o quarto é o espiritual. E eu perguntei a um latino-americano, a um italiano e depois a um americano: dá para se dispensar o espiritual? *"No, señor."* Daí eu perguntei a esse americano: é



indispensável? Ele disse: “*Definitely, yes.*” É preciso. São paralelos os 4 eixos, e têm de estar juntos, o espiritual, o social, o mental e o médico ou físico.

Qual é o percentual que precisa? Todos, Deputada, todos! Não dá para tirar alguém do *crack* sem esse suporte medicamentoso que Osmar Terra explicou melhor que eu, que é superar esse desejo, essa... qual foi a palavra que usou? Essa memória, a memória do prazer.

E termino homenageando uma grande figura brasileira, Oscar Niemeyer, que completou 104 anos, e perguntaram-lhe: qual é o segredo dessa lucidez? Ele disse: “Dois segredos: primeiro, ter uma boa memória; do segundo não me lembro”.  
(*Risos.*)

Obrigado. (*Palmas.*)

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Reginaldo Lopes) - Quero agradecer a brilhante contribuição ao Deputado Vieira da Cunha, ao Deputado Ministro Alcení Guerra, e agradeço a presença a todos os senhores. Um grande abraço.